

الكتاب الطبّي الجامعي

الإدارة الصحّيّة

إعداد
مجموعة من
المتخصصين في
علم الإدارة الصحية

أكاديميا

الإدارة الصحّية

الكتاب الطبّي الجامعي

الإدارة الصحّيّة

إعداد
مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية

تمت المراجعة تحت إشراف
الأستاذ الدكتور محمد هيثم خياط
كبير مستشاري المدير الاقليمي لشرق المتوسط
ومدير البرنامج العربي لمنظمة الصحة العالمية





الإدارة الصحية

ISBN: 978-9953-37-460-4

تم التأليف تحت رعاية وإشراف
المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

Academia International أكاديميا إنترناشيونال
ص.ب. P.O.Box 113 - 6669
بيروت، لبنان Beirut, 1103 2140 Lebanon
هاتف Tel (961 1) 800811-862905
فاكس Fax (961 1) 805478
بريد إلكتروني E-mail academia@dm.net.lb
Website www.academiainternational.com

أكاديميا هي العلامة التجارية لأكاديميا إنترناشيونال
ACADEMIA is the Trade Mark of Academia International

المحتويات

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

تقديم

تحتل الأنظمة الصحية في عالم اليوم مكان الصدارة من حيث أهميتها في حفظ وتعزيز صحة الناس طيلة حياتهم، بل في التحضير لاستقبالهم ضمن مجتمع تسوده معالم الصحة والعافية، والتهيئة لمعيشتهم ضمن أسرة يخيّم عليها السعادة والرفاهية، ومرافقتهم في دورة حياتهم أطفالاً ويافعين وبالغين وكهولاً وشيوخاً، ثم ضمان تسليمهم لمرافق الحياة الصحية إلى الأجيال التي تليهم.

والحديث عن الأنظمة الصحية وإدارتها حديث ذو شجون، إذ تعاني بلداننا من جميع ما يمكن تصوُّره من صعوبات ومشكلات، بدءاً من نقطة التماس الرعاية الأولية مع العامل الصحي المنفرد في المرافق النائية وانتهاءً بالرعاية الثالثية المتقدِّمة، وفي أكثر نُظُمها تعقيداً وتقنية.

ولئن كان جهدنا قد تأخَّر كثيراً في هذا المضمار حتى وطأت أقدامنا عتبات الألفية الثالثة، فإننا نحث الخطى اليوم، ونسرع في المسير نحو بناء نُظُم إدارية وصحية راسخة وذات هيكلية متينة، تستفيد من التجارب التي خاضتها الدول والمجتمعات الأخرى، وتأخذ في حسبانها خصوصيات الواقع المحلي، وتوائم كل ذلك مع الاستشرافات المستقبلية، ومع مقتضيات التطوُّر الدولي والعالمي، والاتجاهات السائدة لتخطِّي الحدود الوطنية والإقليمية (العَوْلَمَة) ولإسناد دور أكبر للقطاع الخاص (الخَصْخَصَة أو الخَوْصَصة) وتبعاتها. ومن هنا جاء هذا الجهد الذي بذله الأخ العالم الجليل الدكتور نبيل قرنفل في لمّ أشتات المواضيع المبعثرة، ورصفها بين دفَّتَيْ هذا الكتاب، بعد اختيار أفضلها وأكثرها ملاءمة وإضفاء السمات الإقليمية والمحلية عليها، حتى استوى كتاباً متكاملاً معجباً ومفيداً، في الوقت الذي تمسّ حاجة الناس إليه.

ولئن كان هذا الكتاب طليعياً ورائداً في بابه، فإنني أرجو أن يتواصل عملنا في إغناء مادته، ووضعها موضع العمل الميداني ما أمكن، والله في عون العبد ما دام العبد في عون أخيه.

الدكتور حسين عبد الرزاق الجزائري

المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط

ساهم في إعداد كتاب الإدارة الصحية

الأستاذ الدكتور نبيل قرنفل	
الأستاذ الدكتور زهير حلاج	مدير قسم مكافحة الأمراض السارية
الأستاذ الدكتور بلقاسم صبري	مدير قسم تطوير النظم والخدمات الصحية
الأستاذ الدكتور أحمد عبد اللطيف	منسق تطوير النظم الصحية
الأستاذ الدكتور أسامة الخطيب	المستشار الإقليمي لمكافحة الأمراض المزمنة وغير السارية
الأستاذ الدكتور سعيد أرناؤوط	المستشار الإقليمي لصحة الفئات الخاصة
الأستاذ الدكتور عبد الحليم جوخدار	المستشار الإقليمي للتثقيف الصحي
الأستاذ الدكتور غانم الشيخ	المستشار الإقليمي لتعزيز القدرات التعليمية
الأستاذة الدكتورة فريدة الدرازي	المستشارة الإقليمية للتمريض
الأستاذ الدكتور نجيب الشربجي	منسق إدارة المعارف وتبادلها

تمت المراجعة تحت إشراف الأستاذ الدكتور

محمد هيثم الخياط

كبير مستشاري المدير الإقليمي لشرق الاوسط

ومدير البرنامج العربي لمنظمة الصحة العالمية

كلمة المؤلف

يسعدني أن أقدِّم كتاب «الإدارة الصحيَّة» لأبنائنا وزملائنا في عالمنا العربي، من طلاب الطب والأطباء، ومن طلاب معاهد وكليات التمريض والعاملات والعاملين في التمريض، إلى طلاب معاهد وكليات الإدارة الصحية والصحة العامة، وإلى خريجي كليات الطب والعلوم الصحية، وإلى الباحثين والأساتذة.

وهذا الكتاب هو عربون تحيةٍ وتقدير لهم جميعاً لما عملوا ويعملون من أجل تطوير النظم الصحية في دول المنطقة، وتوفير الرعاية الصحية ذات الجودة الرفيعة والمؤكدة، وذات الكلفة التي تستطيع الدول والحكومات والأسر والأفراد تحمُّلها دون مشقةٍ أو عناء أو افتقار، وبشكلٍ مستدام.

يتفق الناس، جميع الناس، على أن الرعاية الصحية من حقوق المواطن العربي وأفراد المجتمع، وهي تشكِّل، مع غيرها من الحقوق الأساسية، ركيزة بناء الإنسان العربي الصالح، القادر على مواجهة المستقبل بمقدرةٍ وباعتزازٍ وثقة.

تم تقسيم كتاب «الإدارة الصحية» إلى أربعة أبواب مترابط بعضها ببعض، يُعنى الباب الأول بمفهوم الرعاية الصحية وتطوّره منذ أوائل الزمن حتى يومنا هذا، مع التركيز والتفصيل على العقود الأخيرة من القرن الماضي. وهو يشمل إضافة إلى ذلك دراسة للوضع الصحي في دول إقليم شرق المتوسط تمَّ اقتباسها من وثائق المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية.

يتضمَّن الباب الثاني دراسة لمقومات النظم الصحية من علوم الإدارة، إلى التخطيط والموارد البشرية والمرافق الصحية وقطاع الأدوية وبرامج الرعاية الصحية الأولية والمنظمات الفاعلة في مجال الرعاية الصحية.

أما الباب الثالث فيركِّز على القضايا الرئيسية التي تعتبر من أولويات المشاكل الصحية لا سيما في دول الإقليم. ويشمل هذا الجزء البرامج المقترحة لمعالجة هذه القضايا الصحية والوقاية منها وتوفير الخدمات الصحية الملائمة.

أما الباب الرابع والأخير فهو يشمل ملاحق نعتبرها مفيدة للقراء، يمكنهم الاستفادة منها.

وقد حاولت جاهداً في هذا الكتاب تضمين كمّ وفير من المعلومات والإحصائيات عن

الدول العربية ودول إقليم شرق المتوسط، إضافة إلى المؤشرات المعتمدة في الدول المتقدمة في مجال المعلوماتية الصحية. وقد اعتمدنا في هذا المجال دراساتٍ قامت بها منظمات إقليمية ودولية، لا سيما منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، وقد أشرنا في كل جدولٍ أو إحصاء عن مصدره.

يأتي كتاب «الإدارة الصحية» ضمن الجهود المكثفة والمحمودة التي يقوم بها إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية لتوفير الكتب والمقالات والبحوث باللغة العربية للقراء والباحثين العرب. وهذا الكتاب ليس سوى جزءٍ يسيرٍ وصغير للمؤلفات التي تمَّ تأليفها أو ترجمتها كي تكون في متناول القارئ العربي. ولا يسعني في هذا المجال إلا أن أتقدَّم بوافر التقدير والإجلال والإحترام للمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لدعم هذه الجهود، ومنها هذا الكتاب، وأخص بالذكر الدكتور حسين الجزائري، المدير الإقليمي، والدكتور محمد هيثم الخياط، كبير مستشاري المدير الإقليمي ومدير البرنامج العربي لمنظمة الصحة العالمية، ولهم مني جميعاً الشكر والتقدير والامتنان.

كما أتقدَّم بالشكر للدكتور بلقاسم صبري مدير قسم تطوير النظم والخدمات الصحية الذي راجع محتوياته العلمية، كما أشكر الدكتور قاسم سارة، المستشار الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للإعلام الطبي والصحي الذي عمل بجهدٍ على إصدار هذا الكتاب بالشكل الذي بين أيديكم. كما أعتز بالجهد الذي قامت به مساعدتي السيدة ابتهاج مشموشي التي قامت بطبع محتويات هذا الكتاب بكفاءةٍ وجهد تشكر عليهما.

ولا يفوتني أن أتقدَّم بهذا الكتاب إلى من دعمني طوال حياتي وسيرتي المهنية ألا وهي زوجتي الحبيبة أطال الله في عمرها، وأولادي الثلاثة وفقهم الله للعمل في تطوير مجتمع دولنا خلال عطائهم المهني، وتحية خاصة كلها حب وعرفان لوالدتي الجليلة، أمدَّها الله بالصحة والعافية وبعمرٍ مديد في عمل الخير والثواب.

مع وافر الاحترام والتقدير لكم جميعاً، والسلام عليكم.

الدكتور نبيل محيي الدين قرنفل

الباب الأول
مدخل إلى علم الإدارة

الفصل الأول: المدخل إلى الإدارة الصحية

الفصل الثاني: تطوّر نظم الرعاية الصحية

الفصل الثالث: مدخل إلى النظم الصحية

الفصل الرابع: أهداف ومهمات النظم الصحية

الفصل الخامس: العوامل التي تؤثر في الانتفاع من الخدمات الصحية

الفصل السادس: الوضع الصحي في دول إقليم شرق المتوسط

الفصل الأول

المدخل إلى الإدارة الصحية

Introduction to Health Management

مقدمة

تعتبر الإدارة الصحية من أهم فروع طب المجتمع، وعلوم الصحة العامة، ولا يكتمل أي تخصص فيها إلا بدراسة مبادئها. فإذا قلنا إن تشخيص المجتمع يتم لتحديد المشكلات الصحية حجماً وانتشاراً وأسباباً ومحددات، فإن الإدارة الصحية تكمل ذلك بالتخطيط لبرامج تدبير وحل هذه المشكلات وتنفيذها وتقييمها.

لقد تطوَّر علم الإدارة بشكل كبير وتعددت فروعه ومجالاته، كما أصبح للإدارة الصحية أهمية كبيرة في حل المشكلات التي تواجهها الرعاية الصحية وتقديم السبل المناسبة لعملية الإصلاح والتنمية في القطاع الصحي.

وقد برز بعد إعلان ألما آتا عام 1978، المتعلق بالرعاية الصحية الأولية وتوفير الصحة للجميع، العديد من القضايا الإدارية لأن دول العالم بدأت بإعادة توجيه الخدمات الصحية لتحقيق مرامي goals توافر availability وإتاحة accessibility وميسورية تكلفة affordability الرعاية الصحية لجميع المواطنين. إذ أكدت كافة الدول بأن الصحة حق من حقوق الإنسان، وتغيرت النظم الصحية وظهرت قضايا إصلاح القطاع الصحي health sector reform لاحتواء التكلفة المتزايدة والتأثير على عدالة توزيع الموارد والتدريب المناسب للعاملين الصحيين. وكنتيجة لهذه التغيرات، تزايدت أهمية الدور الذي يلعبه المديرون وأهمية التقارب بين علم الإدارة الصحية وعلوم الصحة العامة ومنها علم الوبائيات والإحصاء.

تهدف دراسة الإدارة الصحية هنا بشكل عام إلى التعريف بمبادئها العامة التي تساعد في تفهم المحيط الذي نعمل فيه وتفهم وظائف ونشاطات العملية الإدارية والأدوار الإدارية المختلفة التي يمكن أن نقوم بها في المستقبل، وإلى التعريف بالنظام الصحي ومكوناته والسياسة الصحية الوطنية والعملية الإدارية في التنمية الصحية الوطنية وبالمنظمات الصحية وبعض الأسس اللازمة لخلق المحيط الذي يتم به العمل وتجري من خلاله الوظائف المختلفة للعملية الإدارية، مثل التوظيف والتمويل، والجوانب التشريعية والتقييم ونظام المعلومات، وبعبارة أخرى فإنها تساعد على الإجابة عن تساؤلات مثل ما هي الإدارة الصحية؟ وما هي وظائفها؟ ولماذا يتوجب علينا أن نلم بمبادئها؟ ومن هو المدير؟ وما هي مهمته؟ وماذا يدير وكيف؟

ولتحقيق هذه الأهداف فقد قُسِّم هذا الباب إلى عدة فصول تدور حول المواضيع التالية:

بعد التعرف إلى أسباب الحاجة إلى الإدارة الصحية في إطار العمل في القطاع الصحي، نتعرف في الفصل الثاني على المبادئ العامة للعملية الإدارية ووظائفها وأدوار المديرين المختلفة. وفي الفصل الثالث نتطرق إلى النظام الصحي ومكوناته ثم إلى المنظمات الصحية، أما الفصول اللاحقة فندرس فيها التوظيف والتمويل والتجهيز ونظام المعلومات والتقييم والتغيير وإصلاح القطاع الصحي.

الحاجة إلى الإدارة الصحية

يواجه العاملون في القطاع الصحي، بالإضافة إلى الشؤون الصحية التقنية التي تتعلق بتخصصاتهم، قضايا تتعلق بالتخطيط planning للرعاية الصحية والتنفيذ implementation والتقييم evaluation، مثل عدم وجود خطة متفق عليها وأهداف وأغراض محددة ونقص البيانات المناسبة حول الوضع الصحي في المنطقة التي يعملون بها.

لقد ازدادت مؤخراً وبشكل كبير الموارد المستخدمة في الخدمات الصحية، وخصوصاً المرافق الصحية والموارد البشرية. لكن وعلى الرغم من زيادة القوى العاملة في القطاع الصحي وعدد أسرَّة المستشفيات، إلا أن المشكلات الصحية والخدمات الصحية غير المناسبة ما زالت قائمة. وما زال الكثير من الوفيات يحدث في الدول النامية لأسباب يمكن تجنبها من خلال تقديم رعاية مناسبة، وازداد انتشار الأمراض السارية في العديد من الدول بشكل مفاجئ ومثير، وبقيت معدلات وفيات الأمهات والأطفال مرتفعة.

يعرض الجدول (1) بعض مؤشرات توافر الموارد الصحية في بعض دول إقليم شرقي البحر المتوسط:

المؤشر (لكل 10000 من السكان)	مصر عام 1998	باكستان عام 1998	إيران عام 1998	سوريا عام 1999
طبيب	21	6	11	13
طبيب أسنان	2.7	0.26	2.0	6.6
صيدلي	6.7	3.4*	1.3	5.1
ممرضة وقابلة قانونية	27.5	4.1	25.9*	19.0
سرير مستشفى	20.4	6.9	25.9	13.6
مراكز ووحدات الرعاية الصحية الأولية	0.7	1.2**	3.4	0.7

الجدول 1ـ بعض الموارد الصحية في بعض دول إقليم شرقي البحر المتوسط، في العامين 1998 و1999، ما عدا: (*= عام 1996، **= عام 1997)، منظمة الصحة العالمية

ويعرض الجدول (2) بعض مؤشرات الحالة الصحية في الدول نفسها:

المؤشر	مصر (العام)	باكستان (العام)	إيران (العام)	سوريا (العام)
مواليد بوزن 2.5 كلغ (%) على الأقل	91 (1992)	72 (1997)	94 (1997)	93 (1997)
أطفال بوزن مقبول حسب العمر (%)	89 (1998)	70 (1999)	89 (1998)	85 (1994)
معدل وفيات الرضع (لكل 1000 ولادة حية)	27.5 (1998)	90 (1999)	26 (1997)	24 (1999)
معدل وفيات الأمهات (لكل 10000 ولادة حية)	17.4 (1993)	45 (1999)	3.7 (1997)	7.1 (1999)

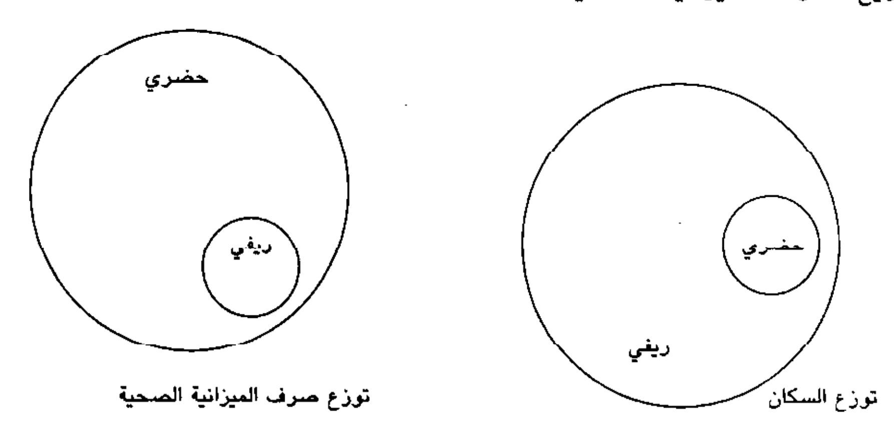
الجدول 2 ـ بعض مؤشرات الحالة الصحية في بعض دول إقليم شرقي البحر المتوسط، منظمة الصحة العالمية

كما يعرض الجدول (3) عدد الحالات المرضية (لأمراض مختارة) التي حدثت في أعوام معينة في نفس الدول أيضاً.

سوريا	إيران	باكستان	مصر	المرض
0	1363	1293	0	الكوليرا
43	22522	104844*	61	الملاريا
0	3	507	9	التهاب سنجابية النخاع (شلل الأطفال)
3	4137	2940	1547	الحصبة
5447*	12062	20936*	11763*	التدرن الرئوي (السل)
1	13	22	2	الخناق
25	26	1610	996	الكزاز
23	12	1555	383	الكزاز الوليدي
7	27	17	34	متلازمة العوز المناعي المكتسب
17	124	1028	416	التهاب السحايا بالمكورات السحائية

الجدول 3 ـ عدد الحالات المرضية لأمراض مختارة في بعض دول إقليم شرقي البحر المتوسط في عام 1999، ما عدا: (* = عام 1998)، منظمة الصحة العالمية

ويعرض الشكل التالي توزيع السكان بين الريف والحضر في الدول النامية مقابل توزيع صرف الميزانية الصحية:



التوزيع غير العادل لنواحي صرف الميزانية الصحية

ويعود التوزيع غير المتكافئ للمرافق الصحية والتناسب العكسي بين مخصَّصات الموارد المالية للقطاع الصحي وعدد الناس الذين يحتاجون إليها، إلى عوامل اجتماعية

واقتصادية وسياسية. ويشير عدم العدالة هذا أيضاً إلى ضعف التخطيط وإدارة الموارد الصحية.

وهناك خمسة أسباب رئيسية لهذا الوضع القائم في العديد من الدول النامية والمتقدمة على حد سواء، وهي:

- التركيز على بناء المرافق أكثر من تقديم الخدمات.
- التدريب العالي التخصُّص الذي يحدث بشكل كبير داخل المستشفيات، والتركيز على الخدمات التخصصية المعتمدة في المستشفى وليس على الخدمات الوقائية والتعزيزية.
- الانتشار الضعيف وغير العادل للهيئات الصحية.
- نظام تقديم الرعاية الصحية من القمة للقاعدة والنقص الواضح في التنسيق مع القطاعات الأخرى والضعف في إشراك المجتمع إن وجد.
- المخصَّصات غير المتوازنة للميزانية الصحية.

والآن ما هي المتطلبات الإدارية في ظل هذا الوضع؟

يعتمد نجاح النظام الصحي على عدد من العوامل تتعلق بالالتزام الوطني وبوضع استراتيجيات وطنية تقدم دلائل العمل وبناء الخطط على أساس الواقع المحلي وبناء المرافق الصحية كجزء من البنية المتعددة المستويات مع تعريف واضح للأدوار التي تميز المهمات المختلفة في المستشفى والمجتمع ومراعاة اكتناف المجتمع المحلي.

ويمكن تحديد متطلبات النجاح في تطبيق برامج الرعاية الصحية في النقاط التالية:

- الوعي الإداري لكافة العاملين في القطاع الصحي وتحديد المشكلات الصحية الرئيسية في المجتمع.
- الالتزام بتحسين صحة المجتمع والمحافظة على توازن بين الرعاية الأولية والثانوية.
- وضع خطط صحية وطنية.
- تشجيع الممارسات الصحية المفيدة في المجتمع وضمها للبرامج الجديدة.
- إشراك المجتمع.
- تبني مفهوم الفريق الصحي في العمل.
- البنية متعددة المستويات.
- تعريف النظام بوضوح.
- فهم الوظائف والنشاطات والأدوار بوضوح.

الفصل الثاني

تطوُّر نظم الرعاية الصحية

يتوجَّب على كل باحثٍ يحاول تفهُّم تطوُّر نظم الرعاية الصحية أن يعي المفاهيم الصحية والتطوُّرات السياسية والاقتصادية التي أدَّت ولاتزال تؤدي إلى تغييرٍ في نظرة الشعوب والأفراد والأمم إلى واقعها وأوضاعها وهمومها. كما أن لهذه المؤثرات دوراً أساسياً في صياغة القوانين والتشريعات، وفي تطوير نظم العناية الصحية.

إن النظام الصحي في كل دولة، هو وليد التفاعلات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية وغيرها من القطاعات، فالصحة كانت ولا تزال مرآة لتفهُّم المجتمع وأوضاعه ونظرة الشعوب إلى واقعها وطموحاتها.

ولهذه الأسباب، تتأكد صعوبة نقل نظم صحية من دولة إلى أخرى دون إدخال تغييرات ضرورية، قد تكون جذرية؛ أو الأخذ بعين الاعتبار صعوبة تطبيق بعض المقترحات دون تعديل. كما أن النظم الصحية تبقى دائماً بحاجةٍ إلى تطوير وإعادة النظر بالقوانين والممارسات بسبب التحوُّل الذي لا بدَّ أن يطرأ على المجتمع. فكما أن المجتمع والإنسان فيه هما دوماً في حالٍ من التغيير والتبديل والتكيُّف مع المتغيِّرات، لابدّ لأي نظامٍ صحي أن يترافق مع هذه التحوُّلات.

وقد لعبت مفاهيم ونظريات فلسفية واجتماعية عقائدية دوراً أساسياً في تطوير وتغيير النظم السياسية والصحية في معظم دول العالم على مر الزمن.

لذلك سنحاول في هذا الفصل أن نبرز تطوُّر نظم الرعاية الصحية والإدارة الصحية عبر التاريخ، ولعل التاريخ يبقى "خزانة العبر".

نستعرض هذه الدراسة من خلال المنظور التالي:

- **دور الدولة ودور الأفراد والمجتمع الأهلي ودور القطاع الخاص.**
- **دور كل هذه الجهات عبر:**
  - السياسة الصحية والتشريعات؛
  - الصحة العامة؛

- المرافق الصحية: مستشفيات وعيادات؛
- القوى البشرية والتدريب؛
- الصيدلية والتشخيص.

- وسنعرض تطوُّر النظم خلال الفترات التاريخية التالية:

- حتى عام 1850 (منتصف القرن التاسع عشر)
- 1850 ـ 1918 ـ مرحلة ما قبل الحرب العالمية الأولى
- 1918 ـ 1945 ـ مرحلة ما بين الحربين العالميتين الأولى والثانية.
- 1945 ـ 1978
- 1978 ـ 2002

الحقبة الأولى ـ حتى منتصف القرن التاسع عشر

إن المسؤولية الأولى للدولة في القطاع الصحي هي مسؤولية سن القوانين والتشريعات ومراقبة المجتمع وتأمين سلامة أفراده. ومنذ جذور التاريخ، نرى أن هذه المسؤولية هي الأهم التي لا يمكن للدولة أن تتخلى عنها، ولا رديف أو بديل للدولة في هذا المضمار.

ويذكر التاريخ أن الفراعنة والأشوريين كانوا أول من سنّوا القوانين التي تنظم ممارسة الجراحة (على بدائيَّتها)، وأن المصريين واليهود والإغريق شرَّعوا في أصول السلامة العامة ونظم الهندسة الصحية، وكذلك فعل الرومان والمسلمون.

وكانت النظريات السابقة للمرض محصورة في أسبابٍ منها القذارة، أو الأرواح الشريرة. ولما كانت المخاطر التي تهدِّد سلامة المجتمع آنذاك تنحصر بالأوبئة مثل الطاعون والتيفوس وغيرها من الأمراض الخمجية، نفهم الدور المهم المناط للدولة في هذا المجال.

أما العناية الطبية بالمرض، فكانت ملقاة على عاتق الجمعيات الأهلية، لاسيما الدينية منها، ولذلك نرى الدور المهم الذي لعبته ولا تزال تلعبه الكنيسة والأوقاف الإسلامية والجمعيات الدينية في أمور الرعاية الطبية.

ففي القرون السابقة، أي في القرون الوسطى وما قبلها، كانت المجتمعات في غالبيتها مجتمعات ريفية قائمة على الزراعة، مع بعض الصناعات المهنية الخفيفة في المدن. وكان الشعب يجهد في كسب رزقه، وكان معظمه أمياً، لذلك وجدَ في الكهنة ورجال الدين من انكبَّ على دراسة كتب الإغريق والعرب والرومان، فتمَّت ترجمة كتب الطب والصيدلة على يد رجال الدين، وهم من حصل على العلم والمعرفة، وأجاد اللغات اللاتينية والإغريقية والعربية.

ولما كانت العلوم الطبية بدائيةً في هذه القرون، لعب رجال الدين دوراً أساسياً في الطبابة والمعالجة، فكانوا أول الأطباء، كما أن المستشفيات الأولى كانت على شكل مرافق دينية شبيهة بالأديرة والمعابد، وكانت الراهبات هنّ اللواتي يتولّين العناية بالمرضى فيها.

بقي التلاحم بين الدين والطب على أهميَّته طوال هذه الأزمان، ولا يزال إلى يومنا هذا من خلال الجمعيات الأهلية الخيرية الدينية، لذلك لا عجب أن نرى أسماء المستشفيات في الغرب لا تزال تحمل في أغلبيَّتها أسماء القديسين. أما في العالم الإسلامي فهي تحمل أسماء تدل على الرحمة والشفقة والخير والإنسانية، وهي كلها تعاليم سماوية.

كانت المستشفيات في العصور الماضية تقوم برعاية المريض وإعانته على تحمُّل الألم، فكانت الأمراض بغالبيتها مستعصية، والشفاء نادراً. لذلك كان الاهتمام بالروح ربما أكثر من الاهتمام بالجسد، وكانت الصلاة أفضل ترياق وأنفع دواء!! وإذا كان هنالك من أدوية، فكانت عقاقير تحضَّر من قبل رجال الدين لمعرفتهم بالكيمياء وأصول الصيدلة.

ومن المهم أن نذكر في هذا المجال أن العديد من الباحثين في الإدارة الصحية قارن رجل الدين بالطبيب من ناحية علوم النفس والمجتمع. فكلاهما على رأس المؤسسة أكانت ديراً أو مستشفى، وكلاهما ملمٌّ بالمعرفة، يعاين أفراداً قلما يدركون أصول الطب أو الفقه، وكلاهما يتعاون مع فريق تمريضي أو رهباني، يدين بالعلم والوفاء لأحدهما.

بدأت هذه النظرية الفوقية تنحسر في العقود القليلة الماضية، مع ازدياد أهمية دور المجتمع في السياسة الصحية ومبادئ الرعاية الصحية الأولية، والانفتاح تجاه الأفراد والأسر للعناية بأمراضهم تبعاً لمسؤولياتهم عن صحتهم وصحة أسرهم.

إضافة إلى ما تقدَّم، شهدت هذه الحقبة من الزمن (أي حتى منتصف القرن التاسع عشر) بدايات مهمة في النظم الصحية الحالية، نذكر منها:

أولاً - تأسست جامعات شهيرة خلال هذه الفترة، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر: الأزهر في القاهرة عام 985، والسوربون في باريس، وهارفرد في الولايات المتحدة، وبادوا في إيطاليا، وأكسفورد وكامبريدج في بريطانيا. ومع أن أهم موضوع لهذه الجامعات كان تعليم الفقه والشريعة والدين والعلوم الكنسية، وأن معظم أساتذتها كانوا من رجال الدين، إلاَّ أنه بدأ عبر الجامعات توسيع حلقة المعرفة والعلوم.

ثانياً - تأسست في بريطانيا أولاً ثم في ألمانيا وغيرها من الدول الأوروبية جمعيات مهنية تعنى بمصالح الأفراد، وتهتم بأسرة العامل إذا ما أصيب خلال عمله أو فقد مورد رزقه. وربما كانت هذه بداية النقابات العمالية التي ما لبثت أن لعبت دوراً أساسياً في التأمين الصحي في المراحل التالية.

ثالثاً- بدأت الجيوش بتنظيم الخدمات الطبية للمحاربين أولاً، ثم اتسع مجالها لتوفير الرعاية لأسر المحاربين. وكان الرومان القدامى أول من أنشأ فرقاً طبية، وكذلك فعل المسلمون أثناء الفتوحات الإسلامية، وما زالت الخدمات الطبية العسكرية تلعب دوراً مهماً جداً في أيامنا هذه في كافة الدول، ومنها دولنا العربية.

الحقبة الثانية - مرحلة ما قبل الحرب العالمية الأولى (1850 - 1918)

تم اختيار عام 1850 كنقطة انطلاق للمراحل التالية، فقد اعتمدت هذه السنة لتأريخ الثورة الصناعية الأولى (عام اكتشاف القوة المحرّكة البخارية وبدء المرحلة الصناعية). ومع زيادة الطلب على اليد العاملة، بدأ المجتمع الريفي يتحوّل مع نزوح العائلات إلى المدن. وكان هذا النزوح سريعاً، فاكتظّت المدن بالسكان، وتفاقمت الكثافة السكانية وازداد انتشار الأمراض والأوبئة. كما أن الطلب على اليد العاملة ازداد بشكل أخذ معه أرباب العمل بتوظيف الأطفال، لاسيما في مناجم الفحم الحجري ومصانع الصلب والحديد، فتكاثرت القذارة وبدأت الأمراض بالانتشار.

شهدت هذه المرحلة سَنّ أول قانون عصري للصحة العامة عام 1848 من قبل مجلس العموم البريطاني، كما حاولت السلطة أن توفّر الحماية لمجتمعها من خلال قوانين "**الكرنتينا**" أو الحجر الصحي، خاصةً للسفن الوافدة، فإذا ما ظهرت حادثة وفاة أو مرض في مركبٍ ما، يبقى أفراد طاقمه والملاحين والمسافرين فترة أربعين يوماً، وذلك لمنع تفشي المرض الوبائي (كانت فترة حضانة المرض الجرثومي 40 يوماً على الأكثر).

كما أن ألمانيا شهدت ولادة أول نظام تأمين صحي مرتكز على شركات التأمين الأهلية، عرف بنظام بسمارك (موحِّد ألمانيا) وما زال هذا النظام قائماً حتى أيامنا هذه.

كانت أهم الأحداث في هذه الحقبة بداية تطوُّر العلوم الطبية مع الاكتشافات العلمية، فتم اختراع السماعة الطبية، واكتشاف غاز الأيثر كمادة للتخدير مما سهَّل العمليات الجراحية، وبدأت نظرية الجراثيم كأساسٍ للمرض تطغى على سواها من النظريات من خلال أعمال باستور Pasteur وسميلويس Simmelweiss وغيرهما من أوائل العلماء.

أما من ناحية القوى البشرية الصحية، فكانت بداية تطوير مهنة التمريض على يد الممرضة فلورنس نايتنغيل Florence Nightengale التي أذهلتها أوضاع المصابين في حروب القرم عام 1859، فدعت إلى وضع أصول علمية للعناية التمريضية.

وكان لتقرير السيد ابراهام فلكسنر Abraham Flexner عام 1910، أثر كبير في

تطوير التعليم الطبي في الولايات المتحدة، باعتماد المنهج العصري لجامعة جونز هوبكنز كأساس لمناهج كليات الطب، مما أدَّى إلى إقفال العديد من الكليات ذات المستوى الأدنى. وقد أدَّى هذا الأمر إلى نقص في أعداد الأطباء فيما بعد، مما سهَّل فتح أبواب الهجرة أمام الأطباء نحو الولايات المتحدة خلال العقود اللاحقة وحتى عام 1975.

وشهدت هذه الحقبة الزمنية ولادة أول عملٍ طبي دولي مع تأسيس المنظمة الأميركية للصحة Pan American Health Organization عام 1902 وكان الهدف من هذه المنظمة تفعيل التعاون الدولي للقضاء على الأمراض الجرثومية والأوبئة، ذلك أن الجراثيم لا تعترف بحدود الدول. وكانت عملية شق قناة بناما المائية قد أدَّت إلى وفاة ومرض العديد من العمال وتأخير العمل بسبب الأمراض والأوبئة، فكانت هذه المنظمة دافعاً لتأسيس منظمة الصحة العالمية فيما بعد عام 1948 (وقد أصبحت المنظمة الاميركية هذه رديفاً لأحد الأقاليم الستة لمنظمة الصحة العالمية عند تأسيسها).

وشهدت هذه الحقبة الزمنية تكريس المهمة الأساسية الثانية للدولة في المجال الصحي، وهي العناية الطبية بالمعوزين والمحتاجين والفقراء، وذلك من خلال نظرية تأمين سلامة المجتمع، ذلك أن الأمراض كانت وبائية وجرثومية بمعظمها، وكان لا بدَّ أن تهتم الدولة برعاياها الفقراء المرضى منعاً لتفشي المرض قبل وبعد الوفاة.

لهذا، أخذت الدولة تبني بعض المرافق الصحية الخاصة بها لتوفير العلاج لهذه الفئة من المرضى، وتوسَّعت هذه الحلقة لتشمل المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، مثل السل والجذام، والأمراض النفسية، التي كان علاجها الأول الحظر على المختلين عقلياً في السجون والزنزانات.

وعهد أمر العناية الطبية بالفقراء والمحتاجين من أفراد المجتمع إلى البلديات في الدول العربية، فتأسست المستوصفات الخيرية والعيادات العامة للعناية بالمرضى، التي تحوَّلت فيما بعد إلى مراكز للتلقيح ضد التيفوئيد والجدري، ولا يزال بعضها يعمل لغاية الآن.

كان القطاع الخاص غائباً بوجهٍ عام حتى هذه الحقبة الزمنية، لكن ومع أواخر القرن التاسع عشر بدأت فعاليات طبية بإنشاء عياداتٍ ومراكز للعلاج الطبي للاهتمام بفئاتٍ معيَّنة من الأسر والأهالي، فأسست عيادة مايو الشهيرة Mayo Clinic عام 1887 في مينيسوتا Minnesota، وذلك بعد كارثة إعصار ضرب الولاية، وقد أصبحت هذه العيادة من أشهر مراكز العلاج في العالم وما زالت.

تمَّ خلال هذه الفترة تأسيس العديد من كليات الطب في العالم العربي، فالجامعة الأميركية في بيروت فتحت أبوابها عام 1866 (مع كلية الطب عام 1871)، وكذلك فعلت جامعة القديس يوسف اليسوعية الفرنسية في بيروت عام 1878.

وشهدت مصر وسوريا والعراق أوائل كليات الطب مع نهاية الحرب العالمية الأولى، علماً بأن مستشفى القصر العيني في القاهرة بدأ مع أواخر القرن الثامن عشر (بعد حملة نابليون).

وكانت هذه الجامعات تدرِّب الأطباء من كافة دول المنطقة، لاسيما تلك التي لم يكن لديها كليات طب آنذاك.

الحقبة الثالثة ـ مرحلة ما بين الحربين العالميَّتين الأولى والثانية (1918 ـ 1945)

شهدت نهاية الحرب العالمية الأولى تحوُّلاتٍ جذرية دولياً، إذ انحسرت معظم الامبراطوريات وتحوَّل العديد من الدول عن النظام الملكي، وتغيُّر العديد من المفاهيم العلمية والنظريات العقائدية والتحوُّلات الفلسفية، مع ما لها من تأثيرٍ كبير على النظم الصحية والرعاية الطبية.

في هذه الحقبة الزمنية بدأت روسيا البلشفية (أي الاتحاد السوفياتي سابقاً) بصياغة أول نظام صحي يقوم على دور الدولة في توفير العلاج والطبابة لأفراد الشعب بكافة فئاته، عام 1921، ذلك أن الثورة البلشفية والثورة البيضاء المناهضة لها أدَّتا إلى مآسٍ إنسانية صحية مما استدعى تدخل الدولة في العلاج والرعاية، إضافة إلى دورها التقليدي في سن التشريعات.

وقد شهدت هذه المرحلة أيضاً بروز مبادئ الإدارة الصحية، التي أسَّس لها المفكرون تايلور وغانت وغيلبرت. وكانت هذه النظريات قائمة على المنهج العلمي Scientific Method الذي أصبح أساس العلوم والتقدُّم في هذا الوقت، فكان عامل الإنتاجية هو الأهم في الصناعة لاسيما أن الاقتصاد العالمي أخذ بالتدهور بعد الحرب العالمية الأولى.

وبرز الاختصاص في العلوم الطبية في هذه الحقبة من الزمن، فتمَّ تأسيس الزمالات العلمية الطبية في الغرب، لاسيما في الولايات المتحدة.

ولعل أهمّ ما حصل خلال هذه الفترة كان تدهور الاقتصاد العالمي الذي بدأ عام 1929، فأثَّر هذا التردي الاقتصادي على إمكانية ممارسة العمل في المستشفيات التي كانت ترعاها الجمعيات الخيرية الأهلية الدينية. فلما فقر المجتمع جفت التبرعات التي كانت توزّع على هذه الجمعيات الخيرية، مما هدَّد مصير وبقاء المستشفيات التي كانت تعتني بأفراد المجتمع والأهالي.

وفي هذه الفترة اعتمدت نظرية التأمين الصحي من خلال شركات التأمين الخاصة، سواء كانت تبتغي الربح أم لا. وقد ساعد تأمين المبالغ الأولية من خلال بيع بطاقات التأمين في إبقاء هذه المستشفيات قائمة رغم الصعوبات الاقتصادية. من هنا نرى أن

اعتماد التأمين الصحي تمّ في بادئ الأمر كأحد سبل إبقاء المستشفيات وتحسين وضعها المادي أمام التردي الاقتصادي العالمي.

وسبّب الانكماش الاقتصادي تدهوراً في صحة الطفل من جراء سوء التغذية وعمالة الأطفال لسد الحاجة، وأخذت نظرية الاهتمام بالطفل كعماد للمستقبل تشق طريقها، فأسس اختصاص طب الأطفال وعلم التغذية خلال هذه المرحلة.

كما شهدت هذه المرحلة نهوضاً سريعاً للقطاع الخاص الذي يبغي الربح، من خلال تأسيس مرافق صحية من مستشفياتٍ صغيرة وعيادات خاصة لممارسة الاختصاص. فبدأت تظهر المستشفيات الخاصة الصغيرة كدور التوليد ومستشفيات الأطفال والمشافي الجراحية، وظهر هذا الأمر جلياً في بعض الدول العربية كلبنان وسوريا ومصر والعراق...

وتجدر الإشارة هنا إلى أن معظم الدول العربية كانت خلال هذه المرحلة تحت الانتداب الغربي، وقد اقتبس معظمها النظام الصحي للدولة المنتدبة وعمل به مع بعض التعديل حتى بعد الاستقلال.

الحقبة الرابعة ـ مرحلة ما بين عامي 1945 ـ 1978

شهدت هذه المرحلة التأكيد الفعلي على أن الخدمات الصحية على أنواعها هي حق من حقوق الإنسان والمواطن، يجب أن تكفله الدولة له ولأسرته، فأصبحت الصحة حقاً مشروعاً من حقوق المواطن، وليست سلعة تجارية يمكن أن يحصل عليها فقط من استطاع تحمُّل كلفتها.

وكان للحرب العالمية الثانية الأثر الأكبر في تأكيد هذه الحقوق، فالدول الغربية عانت الكثير من ويلات الحرب الكونية، التي دامت ست سنوات وذهب ضحيتها الملايين من البشر. كما اجتاح العوز العديد من الدول، فكان على الدول أن تعمل على تخفيف وطأة العوز أولاً، وكذلك تحقيق بعض أساسيات العيش لشعوبها التي ناضلت معها مَن أجل الحرية والديمقراطية.

كانت بريطانيا أول دولة شرَّعت توفير الخدمات الصحية لكافة أفراد الشعب من خلال النظام الوطني للصحة National Health Service عام 1948؛ وكانت المسوَّدة الأولى قد تمَّ إعدادها عام 1940 عندما كانت لندن محاصرة تقصف بالقنابل يومياً وتستعد لمواجهة هجوم الأعداء. وتحت وطأة هذه الأحداث أعدَّ اللورد بيفردج Lord Beveridge مشروع قانون النظام الصحي وتم إقراره بعد إدخال تعديلاتٍ عليه ومناقشاتٍ مع ممثلي الشعب والنقابات وأصحاب المصالح والحقوق.

أما الدول الأوروبية واللاتينية وفي مقدمتها فرنسا، فقد اعتمدت نظام الضمان الصحي الاجتماعي لتوفير التقديمات الصحية والاجتماعية للمواطنين، وهو نظام يختلف

عن النظام البريطاني، إنما المهم فيه كان تمويل الخدمات الصحية. أما ألمانيا فقد عمدت إلى تطوير نظام التأمين الصحي الذي كان قد اعتمد من قبل بسمارك عام 1862.

وهكذا، اعتمدت معظم الدول الغربية نظاماً خاصاً بها لتمويل الخدمات الصحية لأفراد الشعب. وتجدر الإشارة هنا إلى أن معظم محاولات الإصلاح الجذرية للأنظمة الصحية حدث بعد كارثة وطنية أو أحداثٍ جسام تعرَّضت لها الدولة. فأمام هذه التحديات تخف وطأة المعارضة وأصحاب المصالح الذين قد يخسرون بعض الامتيازات، ولذلك تعتبر هذه الأحداث فرصة سانحة أمام التطوير والإصلاح يجب ألا تفوت على المسؤولين الإصلاحيين للنظم الصحية أينما وجدوا في العالم.

شهدت هذه المرحلة أيضاً وثبةً كبيرة في تقدُّم العلوم الطبية، فتمَّ اكتشاف المضادات الحيوية وأولها مادة البنسلين، التي اكتشفها الكسندر فلمنغ عام 1941، وكان لهذا الاكتشاف أهميةً كبرى في انخفاض الوفيات والمرضى بسبب الأمراض المُعْدِيَة.

كما تمَّ تشييد العديد من المرافق الصحية من مستشفيات وعيادات لتوفير الخدمات الصحية للمواطنين في مقر تواجدهم، فأخذت عمارة المستشفيات بالتطوُّر والتغيير عما كانت عليه سابقاً من شبه للأديرة ودور العبادة.

وشهد العالم عام 1948 ولادة منظمة الصحة العالمية كإحدى المؤسسات العلمية المتخصصة ضمن منظومة الأمم المتحدة التي أنشئت عام 1945 بعد أن وضعت الحرب الضروس أوزارها... فأخذت المنظمة على عاتقها مسؤولية حشد التضامن الدولي لمحاربة الأمراض، لاسيما المُعْدِيَة منها حينذاك، ومن ثم الصحة للجميع، وهو الشعار الذي تمَّ اعتماده عام 1978 في مدينة ألما آتا في جمهورية كازاخستان (كانت ضمن الإتحاد السوفياتي). وأطلقت منظمة الصحة العالمية مبدأ وفلسفة ومناهج الرعاية الصحية الأولية سبلاً لتحقيق الصحة للجميع بحلول عام 2000، وأن على كل دولة أن تعمل على هذا الهدف حسب أوضاعها. وأخذت منظمة الصحة العالمية باستحداث البرامج الهادفة إلى تطوير الرعاية الصحية. ولنا عودة إلى ذلك فيما بعد في هذا الكتاب.

ومع تشريع حق الرعاية الصحية وتوفيرها للجميع، ومع تطوير العلوم الطبية والتقنية الحديثة، أخذت التكاليف الصحية بالارتفاع بشكلٍ كبير منذ العام 1965 ولا تزال لغاية الآن. وقد شهدت هذه المرحلة ولادة علم الإدارة الصحية وعلوم اقتصاديات الصحة، وذلك في محاولة لكبح الارتفاع الكبير وغير المتوقع الذي طرأ على كلفة الخدمات الصحية، فأخذت الدول ببعض التجارب، وأُعتُمدت منظمات جديدة مبتكرة لتوفير الخدمات الصحية، سندرسها بالتفصيل لاحقاً.

أما في الولايات المتحدة، فقد اعتُمِدت نماذج عديدة لتوفير الرعاية الصحية، منها شراء بطاقات التأمين الصحي من الشركات الخاصة للتأمين، بمساهمةٍ كبيرة من أرباب

العمل، توفير الرعاية للمسنين والمعوزين من خلال برامج حكومية فدرالية، توفير الخدمات الصحية للمنتسبين إلى منظمات تطوير الصحة، وكذلك الخدمات التي تؤمن لمن شارك في القوات العسكرية. ولم تفلح محاولات توفير تأمين شامل للرعاية الصحية أسوة بالدول الأوروبية أو حتى بجارتها كندا حتى الآن، رغم محاولاتٍ عديدة للتشريع والإصلاح.

ولا بدَّ من الإشارة هنا إلى بروز علوم الصحة العمومية أو العامة public health خلال هذه الحقبة من الزمن، فتأسست كليات عديدة تركز على تعليم العلوم الأساسية للصحة العامة، مثل علم الإحصاء، وعلم الوبائيات، والإدارة الصحية، والتخطيط وأسس سلوكيات الأفراد، وعلوم التغذية والمناعة وغيرها. وأخذت الدول بتدريب العديد من المسؤولين في الصحة كي يتمكنوا من هذه العلوم، وكان لمنظمة الصحة العالمية ومؤسسات خيرية خاصة دور هام في تشجيع هذه الدورات التدريبية.

الحقبة الخامسة ـ ما بين العام 1978 والعام 2002

لعل أهم تطوُّر حدث خلال هذه الحقبة من الزمن، هو التأكيد بأن الصحة هي مسؤولية كل فردٍ وكل أسرة، وذلك من خلال سلوكيات تعزيز الصحة التي تقي من المرض وتساعد في اعتماد حياةٍ صحيةٍ أفضل، ذلك بعد أن أثبتت الدراسات العلمية والبحوث أخطار التدخين والسمنة وقلة الحركة ومضار المخدّرات والخمور، فتطوَّر علم الإرشاد الصحي ـ أو التثقيف الصحي ـ وعادت الدولة لممارسة دور أساسي في تعزيز الصحة من خلال سلطتها في سنِّ القوانين، وذلك لمكافحة التدخين وعدم قيادة السيارات تحت تأثير الخمر، وفرض الرسوم الباهظة على العادات الضارة بالصحة.

كما شهدت هذه الحقبة العودة إلى أهمية مشاركة المجتمع في البرامج الصحية وتعزيز دوره في الرقابة والتطوير، لاسيما أن العديد من البرامج الصحية، التي انتشرت خلال هذه الفترة، كانت تتطلَّب مشاركة الأهالي، إذ كان معظمها خارج المستشفيات ومراكز تجمع الكوادر البشرية الصحية. ويمكن القول إن برامج الرعاية الصحية الأولية قد ساعدت في تعزيز مشاركة الأفراد والأسر وقوى المجتمع في إعادة صياغة النظم الصحية، وفي تعزيز دور المرأة والأم والطفل في هذه المجالات.

وبعد تراجع خطر الأمراض المُعْدِيَة الجرثومية، أخذت أمراض جديدة بالبروز وبسرعة، وهي الأمراض المزمنة غير السارية مثل أمراض ارتفاع ضغط الدم والسكري والأمراض النفسية والإعاقة على أنواعها، والسرطان، وكلها تتطلَّب سلوكيات صحية للوقاية منها والتخفيف من أضرارها. ومع ارتفاع معدَّل العمر المتوقع عند الولادة بسبب تطوُّر العلوم الطبية، ارتفعت نسبة هذه الأمراض في كافة الدول، وبرزت أهمية الوقاية منها.

وقد ساعد أيضاً إدخال التقنيات الحديثة العلمية في مجالات الصحة بجميع أنواعها في تطوير التشخيص والعلاج. فتم إدخال تقنية الجراحة من خلال المنظار مما خفض مدة إقامة المريض في المستشفى. وشهدت هذه الحقبة أيضاً اكتشاف أمراض المناعة والعرض التفصيلي للجينات البشرية مما يبشِّر بتطوُّر في معالجة الأمراض الوراثية.

هذه الأمثلة ما هي إلا غيض من فيض، وقد أوردناها فقط لعرض التطوُّر الذي حصل ويحصل في مجال الرعاية الصحية.

ونختتم هذا الفصل بالتعليق على تقرير مدير عام منظمة الصحة العالمية للعام 2000 وعنوانه" **النظم الصحية: تقدير الأداء**". وقد جاء في صلب تقرير أو تقويم أداء النظم الصحية أن للنظم الصحية ثلاثة أهداف هي:

1 ـ توفير رعاية صحية طبية جيدة؛
2 ـ تلبية الحاجات الشرعية أو المحقة للسكان؛
3 ـ تمويل الخدمات الصحية بشكل عادل ومنصف.

وتكمن أهمية هذه الأهداف في أنها تجمع بين أهمية جودة الرعاية الطبية مع احترام متطلبات الأفراد والأسر، وتمويل الخدمات بإنصافٍ دون تحميل الفئات الأقل يسراً عبئاً أكبر من طاقاتها المادية. وقد أورد التقرير المؤشرات التي تحتسب على أساسها هذه الأهداف مما يسمح للمسؤولين عن الصحة بمتابعة أداء الأنظمة الصحية وتقويمها وتعديلها لتلبية هذه الأهداف الأساسية لكل نظامٍ صحي.

تطوُّر النظم الصحية في دول إقليم شرق المتوسط

واكبت دول إقليم شرق المتوسط التيارات والتغييرات التي تمَّ ذكرها أعلاه، لاسيما في مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية عندما أخذت هذه الدول استقلالها وبدأت في تكوين أسس الدولة تباعاً.

ففي مصر مثلاً، ذكرنا بأن جامعة الأزهر في القاهرة كانت من أوائل الجامعات في العالم. ومع انفتاح مصر على الغرب، بعد حملة نابليون في أواخر القرن الثامن عشر، تمَّ تأسيس مستشفى "قصر العيني" الذي ما زال يوفِّر الخدمات الطبية. وانتشرت الجامعات في مصر وسوريا والعراق ولبنان منذ منتصف القرن التاسع عشر، وكانت بعض هذه الجامعات تابعة أو مملوكة لإرساليات دينية (مثل الجامعة الأميركية أو الجامعة اليسوعية في بيروت) ولكن كان بعضها الآخر محليًّا ووطنيًّا مثل جامعات دمشق أو بغداد أو القاهرة، وأخذت هذه الجامعات في إعداد القوى البشرية، ومنها الطبية والصحية.

كذلك كانت أوائل المستشفيات في دول الإقليم مشافٍ أسستها إرساليات أجنبية مثل

مستشفى الإرسالية الأميركية في البحرين، ومستشفى الواحة في مدينة العين بدولة الإمارات العربية المتحدة، وكذلك في سلطنة عمان.

وقد تمثَّل النمط الأشمل في دول الإقليم في حضورٍ بارز للخدمات الحكومية التي توفرها الدولة لمواطنيها من ميزانية الدولة، كما هو الحال في سوريا والعراق ومصر والسودان ودول مجلس التعاون الخليجي. وقامت وزارات الصحة في هذه الدول بتقديم الخدمات الصحية، كما قامت وزارات أخرى بتقدم خدمات طبية لبعض الفئات مثل الخدمات الطبية العسكرية التي تتولَّى أمرها وزارة الدفاع أو الخدمات الطبية لأفراد قوى الأمن الداخلي أو الشرطة التي تقدّمها وزارة الداخلية. وقد شهدت الدول العربية زخماً في تشييد المستشفيات منذ منتصف القرن العشرين لتوفير الرعاية الصحية لمواطنيها.

ويمكن وصف معظم هذه الأنظمة الصحية بأنها " أبوية المنهج"، أي أن الدولة توفِّر الرعاية الصحية للسكان إحساناً منها. فالخدمات الصحية تبقى تقدمة من الدولة وليست حقاً من حقوق المواطن يستطيع أن يشارك في تقييم جودتها أو تفعيل أدائها ـ فهي شبه " مِنَّة" تمنح للشعب لاسيما للطبقات غير الميسورة منه، مما يصعب على المواطن أن ينتقد هبةً تعطى إليه بدلاً من حقٍ باستطاعته تطويره وتحسين عطائه.

قليلة هي دول الإقليم التي اتَّبعت نظام الضمان الصحي الذي تمَّ اعتماده في لبنان منذ العام 1964.

وقد شهدت الحقبة منذ العام 1975 إلى يومنا هذا مبادرات صحية على مستوى الدول العربية. فمع تأسيس جامعة الدول العربية عام 1946، وانضمام كل الدول العربية إليها بعد نيلها الاستقلال، برز دور هام لمجلس وزراء الصحة العرب. وبالرغم من الصعوبات التي يواجهها العمل العربي المشترك، فقد استطاع هذا المجلس أن يؤسس المجلس العربي للاختصاصات الطبية عام 1979، ومقرُّه دمشق. وقد ساعد هذا المجلس في تدريب وتقييم وتطوير الأطباء وتسهيل نيلهم زمالة الاختصاص الطبي في اختصاصاتٍ طبيةٍ عديدة، كما ساعد في عملية اعتماد المستشفيات والمرافق الصحية لتدريب الأطباء والعاملين الصحيين.

ولعل من أهم إنجازات مجلس وزراء الصحة العرب واتحاد الأطباء العرب استكمال المعجم الطبي الموحّد الذي ساهم في بناء قواعد معطيات للمصطلحات الطبية والتسميات الدولية للأمراض والتصنيفات الدولية للأمراض والتصنيفات الدولية للوظائف والعجز والصحة والتدخلات والإجراءات، وتوحيد مضمون السجلات الطبية والصحية ولغة التعليم الطبي في جميع البلدان العربية.

وتمَّ في المرحلة نفسها تأسيس مجلس وزراء الصحة بدول مجلس التعاون الخليجي منذ العام 1975. وواجه العمل الطبي الخليجي صعوبات أقل من نظيره العربي نظراً

لتشابه الدول الخليجية في نظمها الحكومية والصحية، كما أن الموارد المالية كانت أكثر توفُّراً. وقد حقق هذا المجلس العديد من الإنجازات، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر الشراء الموحَّد للأدوية الذي خفض فاتورة الدواء الخليجي، مع الإبقاء على الجودة، بل وتحقيق جودةٍ أفضل، وكذلك حصل بالنسبة للشراء الموحَّد للمستلزمات الطبية والأجهزة. كما عمل هذا المجلس على توحيد وتطوير مناهج التدريب بالنسبة للكوادر البشرية الصحية، لاسيما التمريض والعلوم الصحية المساعدة. وشجَّع المجلس على سن التشريعات التي تعزز الصحة، مثل مكافحة التدخين ووضع برامج الرعاية الصحية الأولية. وقد سنَّت معظم دول إقليم شرق المتوسط التشريعات التي اعتمدت الرعاية الصحية الأولية كمدخل مهم لتوفير الرعاية الصحية لسكان هذه الدول.

وقد شهدت معظم دول الإقليم في السنوات القليلة الماضية اتجاهاً لمشاركة المواطن في تحمُّل نفقات الرعاية الصحية وذلك بهدف ترشيد استعمال هذه الخدمات، فبدأت شركات التأمين الصحي بالعمل جنباً إلى جنب مع القطاع الحكومي. وتمَّ استصدار بطاقاتٍ صحية حكومية، أو خاصة، لتمويل الرعاية الصحية، مما يشير إلى نمط مشاركة الفرد والأسرة في الفاتورة الصحية.

وشجَّع ارتفاع التكاليف الصحية على اعتماد الإدارة الصحية ونظم المعلوماتية الصحية المعاصرة ومناهج اقتصادية لدراسة التكاليف الصحية.

الخلاصة

حاولنا في هذا الفصل تقديم موجزٍ لتطوُّر النظم الصحية في العالم على مدى التاريخ، وأكدنا بأن الدور الأول والأساسي للدولة يكمن في سنِّ التشريعات المنظِّمة للخدمات الصحية ومراقبة النظام الصحي وتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض من خلال "السلطة التنظيمية والرقابية للدولة"، ونظم الصحة العامة.

وقد أخذت الدولة على عاتقها توفير الرعاية الصحية لاسيما للطبقات غير الميسورة، وذلك لحماية المجتمع من الآفات والأوبئة، ومن ثم من خلال نهج أبوي لتخفيف عبء المرض عن هذه الطبقات الفقيرة.

كما عرضنا للدور المهم الذي قام به الدين في العناية الصحية، مثل نقل العلم وتطويره وتأسيس الجمعيات الخيرية الأهلية، الدينية بمعظمها، وكان لهذه الجمعيات دور أساسي في المهمة الصحية، وما زال حتى الآن.

وقد برزت الرعاية الصحية كحقٍ من حقوق المواطن منذ منتصف القرن العشرين.

وتم عرض سبل تمويل هذه الرعاية من قبل الحكومة، أو نظام الضمان الصحي أو شركات التامين أو من قِبَلِهم مجتمعين. وقد شهد الربع الأخير من القرن الماضي دفعاً باتجاه مشاركة المجتمع وتفعيل دوره في اتخاذ القرار وتقييم الرعاية الصحية.

وبالإمكان تلخيص هذه المراحل على النحو التالي:

1 ـ مرحلة ما قبل الثورة الصناعية عام 1850، "محاولات خجولة لتوفير الرعاية الصحية".

2 ـ مرحلة ما قبل الحرب العالمية الأولى 1850 ـ 1918، بداية المنهجية العلمية في الرعاية الصحية The Introduction of The Scientific Methodolgy.

3 ـ مرحلة ما بين الحربين العالميَّتين الأولى والثانية 1918 ـ 1945، "إضفاء الصفات المؤسسية على نظم الرعاية الصحية "Institutionalization of Health Care.

4 ـ مرحلة ما بين العامين 1945 ـ 1978، وضع الهياكل الإدارية والاجتماعية لنظم الرعاية الصحية Social and Organizational Structure of Health Care Systems.

5 ـ مرحلة ما بعد 1978 ولغاية العام 2002، إعادة تنظيم وترشيد الرعاية الصحية Reorganization of Health Care.

الفصل الثالث

مدخل إلى النظم الصحية

Introduction to Health Systems

يتضمن هذا الفصل مقدمة وتعريفاً للنظام الصحي، وبحثاً في الرعاية الصحية كنظام، وأنواع النظم الصحية في العالم، وتحليل النظم الصحية، والسياسة الصحية الوطنية والعملية الإدارية في التنمية الصحية الوطنية.

مقدمة

لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والإصابات ومجابهة أخطارها، يقوم كل مجتمع بإنشاء نظام صحي لتقديم الخدمات الصحية (التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية) لكل أفراد المجتمع. ومن الطبيعي أن يختلف هذا النظام من مجتمع لآخر ومن بلد لآخر حسب البيئة الاجتماعية والاقتصادية والموارد الأخرى.

تعريف النظام الصحي

النظام system هو مجموعة من الأجزاء المترابطة والتي يعتمد بعضها على بعض وتشكل فيما بينها كلاً معقداً يؤدي عملاً أو مهمة معينة بسيطة كانت أم غير بسيطة. وكل جزء من هذه الأجزاء يمكن أن يكون بدوره نظاماً فرعياً subsystem له مجموعته الخاصة من الأجزاء المترابطة والتي يعتمد بعضها على بعض. وتكوّن مجموعة النظم المنظومة suprasystem. فجسم الإنسان على سبيل المثال هو نظام أجزاؤه أجهزة الجسم المختلفة وكل جهاز منها هو نظام فرعي له مكوناته الخاصة. وقد عرَّف التقرير الخاص بالصحة في العام 2000 والصادر عن منظمة الصحة العالمية النظام الصحي بأنه "جميع الأنشطة التي ترمي أساساً إلى تعزيز الصحة وإعادتها إلى سالف عهدها". وللنظم الصحية أهداف أساسية ثلاثة ترمي إلى تحقيقها، وهي:

- تحسين مستوى صحة الشعوب التي توفر لها الخدمات.
- الاستجابة لتوقعات الناس.
- ضمان الحماية المالية من التكاليف المترتبة على الأمراض.

التعريف «بمفهومية النظام»:

لعل أسهل تعريف «بمفهومية النظام» هو:

أ ـ تواجد عدة «قوى» أو «تأثيرات» forces؛

ب ـ تتفاعل مع بعضها البعض interacting together؛

ج ـ مما يؤدي حصول إلى تغييرات وتطورات undergoing transformation؛

د ـ ترمي للوصول إلى أهداف واحدة مرجوة common objectives.

الرعاية الصحية كنظام Health Care as a System

لنظام الرعاية الصحية أجزاء مختلفة تشكل نظماً ونظماً فرعية تعمل بعضها مع بعض لتقديم الخدمات الصحية وفق برامج خاصة أعدت من أجل تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والإصابات ومكافحتها وتأهيل العجزة والمعاقين.

مكونات النظام الصحي Health System Components

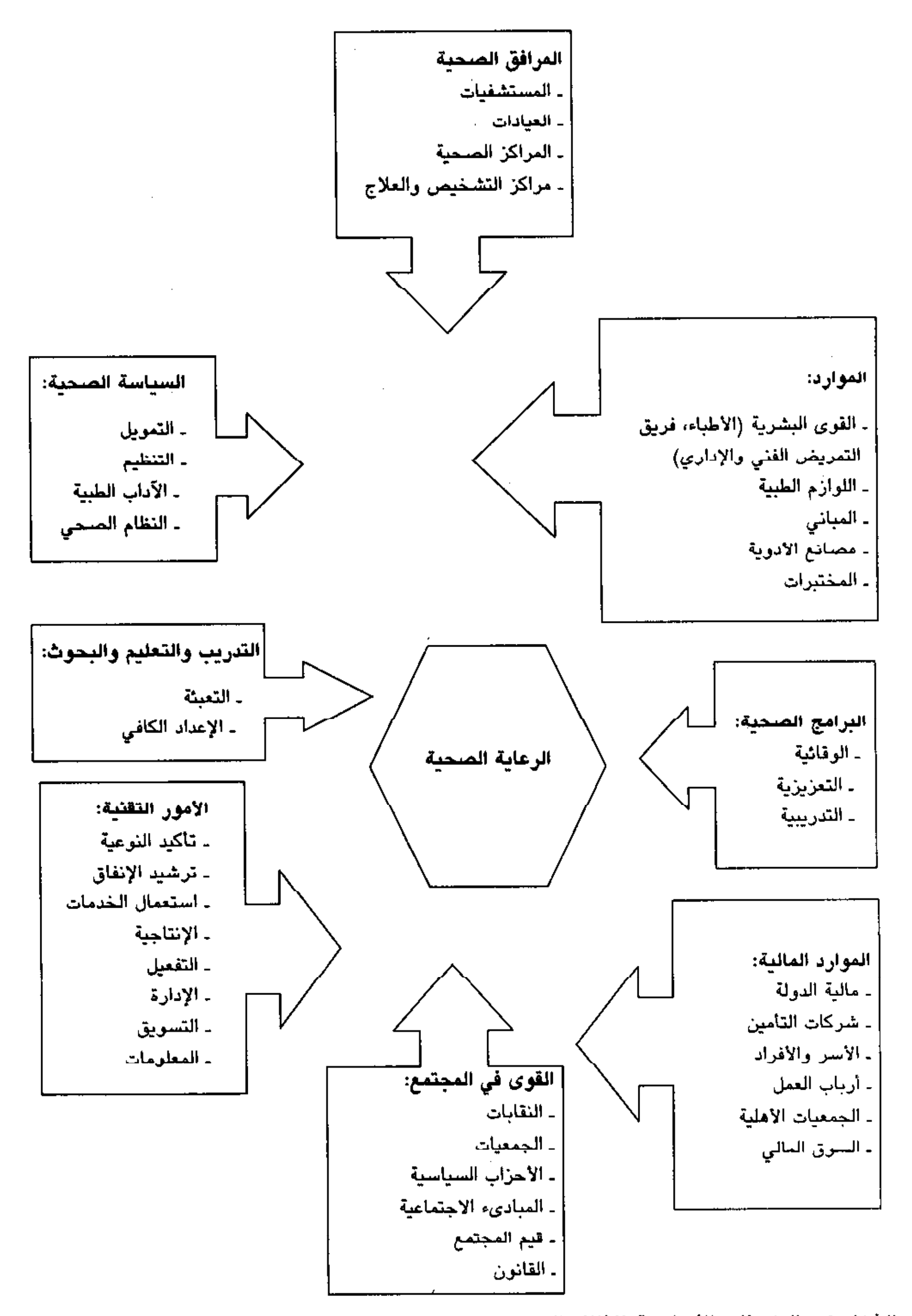
يمكن القول إن للنظام الصحي **خمسة مكونات أساسية**، هي:

1 ـ الموارد المتاحة وإنتاجها.
2 ـ الدعم المالي.
3 ـ طرق الإدارة.
4 ـ التنظيم.
5 ـ تقديم الخدمة.

ويبين الشكل (1) العلاقة فيما بينها.

هناك اربعة انواع من الموارد هي:

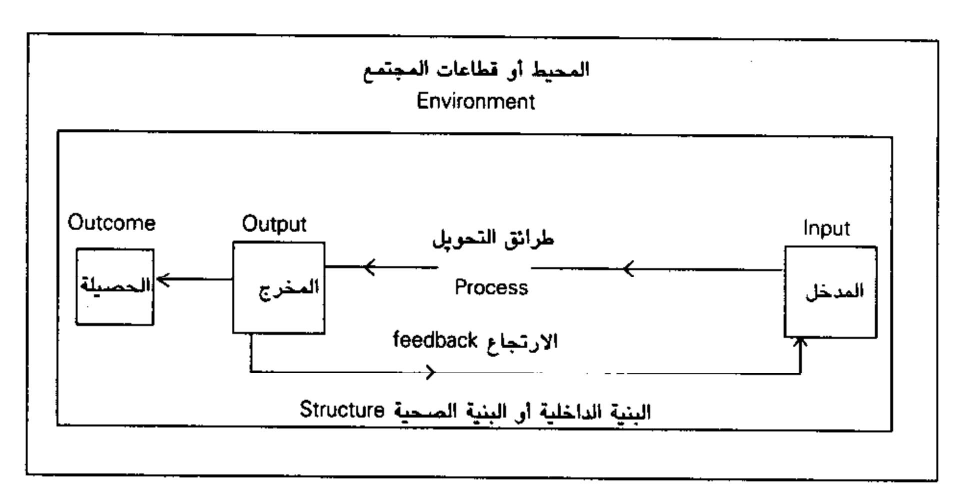
- الموارد البشرية مثل الأطباء وأعضاء هيئة التمريض والفنيون والإداريون وغيرهم.
- المرافق مثل المستشفيات بأنواعها ومراكز الرعاية الصحية والعيادات وغيرها.



الشكل 1 ـ المكونات الأساسية للنظام الصحي

- السلع الطبية (اللوازم والمستحضرات): وهي المواد اللازمة لتقديم الخدمات الصحية، وأهمها المستلزمات الطبية والأدوية واللقاحات والأمصال.
- المعرفة مثل الإلمام بالطرق الحديثة في تعزيز الصحة والوقاية من المرض والعلاج والتأهيل، وهو ما يطلق عليه لفظ التكنولوجيا technology مع ملاحظة أن التكنولوجيا في تغير وتطور مستمرَّين، وأن حجم المعرفة اللازمة لتقديم الخدمات لا بد أن يزداد ويتطور حسب التطور المستمر في التكنولوجيا.
- أما الموارد المالية فتعتبر أحياناً المورد الخامس وأحياناً أخرى تعتبر وسيطاً يتفاعل مع الموارد الأخرى، ومع التنظيم والإدارة. ويؤدي هذا التفاعل بالنهاية إلى تقديم الخدمات الصحية المطلوبة، كما أن الموارد المالية هي التي تؤدي إلى توافر أو عدم توافر الموارد الأربعة السابقة.

ويحدِّد كل «نظام system» من العوامل التالية:



الشكل 2 ـ أساسيات النظام

1 ـ المُدْخَل Input (ج: مُدْخلات)

ويعرف على أنه أساس تواجد النظام ـ والذي ستتعامل معه القوى الخاصة بهذا النظام كي تحوله إلى شيء آخر.

ويعتبر الإنسان «صاحب الحاجة» الذي يدخل إلى النظام الصحي هو فعلاً المدخل الذي تتفاعل معه قوى النظام الصحي لتطوير حاجته أو تحويلها أو تغييرها.

2 ـ المُخْرَج Output (ج: مُخْرَجات)

ويعرَّف على أنه الناتج الذي يولده هذا النظام، وهو يصبح بالتالي سبب وجود هذا

النظام. ويكون الناتج غالباً تحويلاً أو تحولاً من المدخل، بعد أن يكون هذا الأخير قد تفاعل مع كافة القوى التي وجدت لتؤثر فيه وتحوّله إلى ناتج.

ويعتبر الإنسان الذي تغيَّرت حاجته أو الذي أصبح لديه حاجة أخرى تختلف عن حاجته عند الدخول في النظام، المُخْرَج في تعريفنا للنظام الصحي.

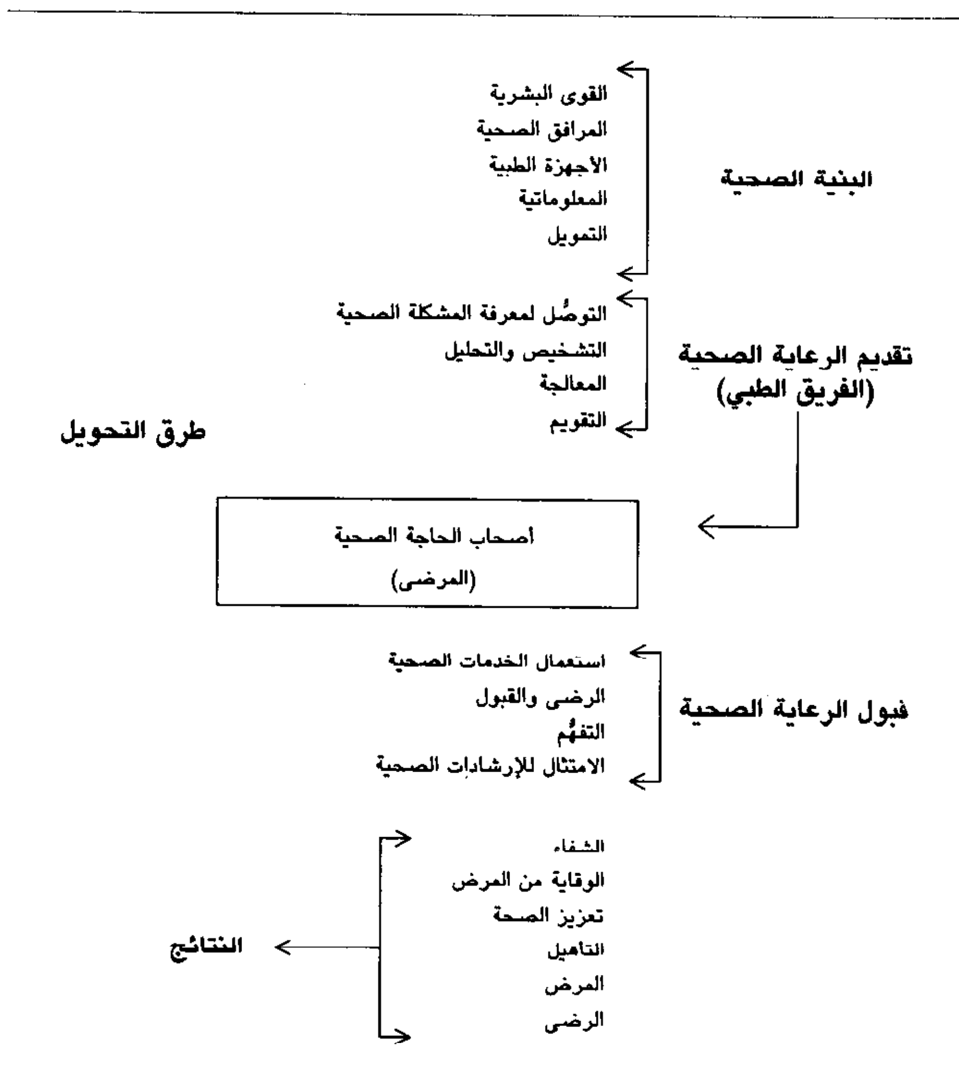
3 ـ طرائق التحويل Process

تعرَّف طرائق التحويل على أنها الوسيلة أو مجموعة الوسائل والأساليب والطرق التي تتفاعل مع المدخل لتحويلها إلى المخرج، ذلك أن تأثير هذه الطرائق يؤدي إلى تحويل وتغيير في المدخل حتماً ـ الذي يصبح حينذاك المخرج لهذا النظام.

وتعتبر علاقة الطبيب بالمريض هي أساس طرائق التحويل في النظام الصحي، فلولا تداخل الطبيب وعلاقته بالمريض لما تغيَّرت حاجة المريض الأساسية والتي أدَّت إلى دخوله النظام الصحي وتحوَّلت إلى حاجةٍ أخرى أو ناتج آخر هو في الواقع المخرج من النظام الصحي. هذا وقد تطوَّرت مع الزمن طرائق التحويل في النظام الصحي، فبعد أن كانت تعرف على أساس أنها علاقة الطبيب بالمريض، أصبحت بالواقع علاقة فرد من أفراد الفريق الصحي (الطبيب، الممرض، الفني...) مع أصحاب حاجة من النظام الصحي قد يكونون مرضى أو غير مرضى. والواقع إن تطوُّرَ مبادىء الوقاية وتعزيز الصحة والرقي بها، أدَّت إلى إمكانية دخول المرء إلى النظام الصحي دون أن يكون مريضاً أو عليلاً بالضرورة ـ ولكنه دائماً لديه سبب لزيارة المرافق الصحية ودخول النظام الصحي ـ وقد يكون الدافع المرض أو الوقاية من المرض أو التأكُّد من سلامته أو بهدف التثقيف الصحي. (الشكل رقم 3).

4 ـ حلقة الارتجاع Feedback Loop

يتضمَّنُ كل نظام حلقة للارتجاع وهي تقفل النظام بوصلها المدخل بالمخرج فيصبح النظام متكاملاً وذا استمرارية وتواصل وتكرارية "repetitiveness" ـ وأهمية الارتجاع تعود إلى أنها توصل المخرج بالمدخل، فيعرف من خلالها نتيجة أو نتاج طرائق التحويل وإذا ما أصابت الهدف من تواجد النظام، أي أن الناتج أو المخرج هو الذي يفيد الباحث أو دارس هذا النظام إذا كانت عملية التحويل أو التحوُّل قد تمَّت بالفعل، وإذا لم تكن بالمستوى المطلوب يمكن ضبط الوضع وتقويمه. ويعتبر الارتجاع في النظام الصحي أساس عملية التقييم لنتائج علاقة المريض بأفراد الفريق الصحي ـ فهو الذي يدلّ الباحث هل تمَّ شفاء المريض؟ أو هل توفي؟ أو هل زال عجزه أو قلت إعاقته؟ ـ هل كان المريض مسروراً من نتائج التواصل بينه وبين النظام الصحي؟ هل سيتبع النصائح والإرشادات؟ هل تأثر بالمبلغ الذي تمَّ تسديده للعلاج؟ هل سيعود ثانية إلى نفس المرفق الصحي أو إلى الطبيب ذاته؟



الشكل 3 ـ القوى الفاعلة في النظام الصحي

كل هذه النتائج يمكن الوصول إليها من خلال الارتجاع الذي يقارن بين المدخل والمخرج للنظام الصحي.

5 ـ البنية أو البنيان Structure

تعتبر البنية في تعريف النظام بأنها المرافق التي تساند عملية التحويل وتطوير المدخل إلى المخرج. فهي ليست من أساس عملية التحويل إنما تلعب دوراً رئيسياً في مساندة هذه العملية وفي تسهيل التوصل إلى التنفيذ المطلوب.

ففي النظام الصحي تعتبر المرافق الصحية من مستشفيات ومختبرات ووسائل التشخيص والعيادات الخاصة وغرف الطوارىء وغيرها من المؤسسات الصحية، كلها بنية للنظام الصحي.

فالمريض (المدخل) يحتاج فقط أو بصورةٍ أساسية إلى علاقته بالطبيب كي يتوصل إلى التغيير في حاجته أو مرضه - وهو ليس بالضرورة بحاجةٍ إلى مرافق صحية متطورة - فكلنا يعلم أن بإمكان الطبيب معالجة المريض في أي مكان، ولدينا أمثلة على ذلك في علاج المرضى في الأدغال أو الغابات - إذاً البنية ليست أساسية لعملية التحويل المرجوة - إنما لا يخفى على أحد أهمية البنية - فباستطاعة الطبيب أو أي فردٍ من الفريق الصحي تقديم الخدمة الطبية بصورةٍ أفضل إذا توفرت لديه المختبرات ومراكز التشخيص والمستشفيات المؤهلة والعيادات المجهزة.

وتجدر الإشارة في هذا المجال إلى أن البنية تلعب دوراً هاماً في تقييم الخدمات الصحية ومقارنتها بنظيرتها، إذ إنها مرافق حسية يمكن مقارنتها بسهولة ودون تأثيراتٍ شخصية مما يسهل عملية التقييم والمقارنة ووضع المقاييس والمعايير. وقد تبنت الهيئات الطبية مبدأ تقييم البنية الصحية في مجالات الاعتماد accreditation أو الاعتراف بالمرافق الصحية وتصنيفها وتفضيل البعض منها على الآخر.

6 - البيئة المحيطة Environment

يعتبر المحيط من أجزاء النظام - فالبيئة التي تحتضن النظام لا بد من أن تؤثر فيه وتتفاعل معه.

ففي النظام الصحي تعتبر مختلف القطاعات المتواجدة في محيط النظام والتي ليست من اختصاصات القطاع الصحي - كالنظام التربوي والاقتصادي والسياسي والحضاري والديني والاجتماعي - من البيئة المحيطة بالنظام فالنظام الصحي مدعو دائماً إلى التفاعل مع هذه القطاعات الأساسية من المجتمع دون أن تكون هذه القطاعات من أساسيات النظام الصحي.

7 - التدفق أو الجريان Flow

يعتبر الباحثون أن النظام يشتمل على أركان إضافية غير الأساسيات التي أوردناها أعلاه - وهي تتواجد عادةً في كل نظام، أياً كانت طبيعته.

ففي كل نظام شيء يتدفق من خلال هذا النظام - ويكون هذا الجريان سيلاً من المعلومات أو من الموارد أو من الأشخاص أو من الأوامر، ومن الطبيعي أن يتكرَّر الشيء نفسه وأن تتواصل أجزاء النظام من خلال شيء يتدفق ويتكرَّر.

نوعية التعامل مع النظم

ليس من السهل التعاطي مع مبدأ أو فكرة النظم ـ وذلك للأسباب التالية:

1 ـ صعوبة التعاطي مع مفاهيم concepts والتي هي أساس مبدأ النظم، فالإنسان يتفهَّم عادةً الأمور الحسية أكثر من الأمور المبدئية أو غير الحسيّة. والنظم ليست أموراً نستطيع وضع اليد عليها ـ فهي أفكار ومفاهيم ذهنية.

2 ـ صعوبة التعاطي مع شمولية المفاهيم totality of matters. فالنظام يبنى بوجه عام على شمولية المفاهيم وليس على أجزاء متفرقة منها، ويجد بعض الناس صعوبة في التوصُّل إلى شمولية الأمر وترابط الجزء بالأصل.

3 ـ يصعب أحياناً تحديد أركان النظام وأساسياته والكشف عما هو مهم فيه، وما هو إضافي أو هامشي.

4 ـ ليس من السهل التعبير عن نظام ما أو قطاع ما بمعادلة حسابية أو بنموذج رياضي mathematical model.

5 ـ لقد اعتاد المرء وتكيَّف على النظر إلى هيكلية ما بالطرق الكلاسيكية المعتادة ـ وليس من السهل التحوُّل عن هذه النظرة واعتماد نظرة مرتكزة على النظم ومبادئها وأركانها.

لكن يجب ألا ننظر إلى هذه الصعوبات كعوائق للعمل بالنظم أياً كان نوعها، فمع الخبرة والتعاطي مع النظم تصبح هذه الصعوبات من الأمور التلقائية التي تتوارد على ذهن الباحث بطريقةٍ عفوية وسهلة، فتصبح طبيعية ثابتة له، تؤثر في تبويبه للأمور وذهنيته وتفكيره وسبل عمله وإنتاجيته.

وباستطاعة الطبيب أن يتفهَّم فكرة «النظام» بسهولة إذا تذكر بأن الإنسان هو أيضاً نظام قائم بذاته، فالجهاز العصبي، والجهاز التنفسي وغيرها من الأجهزة هي «قوى» تتأثر ببعضها البعض وتتفاعل، بهدف الإبقاء على صحة الإنسان والإبقاء على استتبابه (التوازن بين مكوناته) homeostasis ـ كما أن هذه الأجهزة هي «نظم» بحد ذاتها أيضاً: فنظام **«الجهاز التنفسي»** يتكوَّن من قوى **«الرئة»** و **«الحنجرة»** و **«القصبات الهوائية»** و **«مركز التنفس»** في الدماغ، تتفاعل مع بعضها البعض بهدف تأمين الأكسجين إلى الجسم وإخراج ثنائي أكسيد الكربون ـ والشيء نفسه ينطبق على كافة أجهزة جسم الإنسان.

المستويات الإدارية لتقديم الخدمات الصحية
Administrative Levels for Health Services Delivery

لتقديم الخدمات الصحية ثلاثة مستويات إدارية هي:

1 ـ المستوى المركزي (وزارة الصحة): تتلخَّص وظائف هذا المستوى في الدراسات

والبحوث، والتخطيط والبرمجة، والتقييم، وتوفير الموارد، والتدريب، واقتراح التشريعات المتعلقة بالصحة، والترخيص والتنسيق مع القطاعات الأخرى، والعلاقات الدولية في المجال الصحي.

2 ـ **المستوى الأوسط** (مديريات الصحة): وتتلخص وظائفه في تحليل الوضع المحلي وتحديد المشكلات الصحية في المنطقة وتكوين صلة الوصل بين المستوى المركزي والمستوى المحلي.

3 ـ **المستوى المحلي** (الطرفي): وهو عبارة عن وحدات التشغيل وتقديم الخدمات الصحية:

المستويات التقنية لتقديم الخدمات الصحية
Technical Levels for Health Services Delivery

تعبِّر المستويات التقنية عن درجة التخصص في الخدمة المقدمة، وهي أربعة:

1 ـ **الرعاية الذاتية** (ضمن الأسرة): ويستخدم فيها العلاج الذاتي أو الطب الشعبي، وقاعدتها السكانية هي الأسرة.

2 ـ **الرعاية الأولية** primary care: وهي عبارة عن الرعاية المقدمة في أول اتصال مع المسؤولين عن تقديم الخدمات الصحية في العيادات المستقلة ومراكز الرعاية الصحية الأولية والعيادات الملحقة بالمستشفيات، وقاعدتها السكانية 500 ـ 5000 نسمة.

3 ـ **الرعاية الثانوية** secondary care (رعاية صحية تخصصية عامة): وهي الرعاية التي تقدم في العيادات التخصصية وتحتاج إلى أطباء وجهاز طبي وتقني على مستوى معين من التخصص، وكذلك الرعاية الداخلية التي تقدم في المستشفيات العامة، وقاعدتها السكانية 50000 ـ 500000 نسمة.

4 ـ **الرعاية الثالثية** tertiary care (تخصص دقيق): وقوامها المراكز الطبية والمستشفيات التخصصية والجامعية، وقاعدتها السكانية 500000 ـ 5000000 نسمة.

تدخل جميع خدمات الرعاية الصحية الأولية تحت نطاق المستوى الثاني، أما الرعاية التي تحتاج إلى طبيب متخصص أو التي تتطلب الدخول إلى مستشفى مثل حالات الولادة والجراحة البسيطة وما شابه فتدخل تحت المستوى الثالث، والحالات التي تحتاج إلى درجة كبيرة من التخصص والتكنولوجيا الحديثة مثل جراحة القلب أو الصدر أو نقل الاعضاء فتدخل تحت نطاق المستوى الرابع.

يلاحظ بشكل عام أنه لا يوجد اتفاق موحد على تعريف هذه المستويات وتحديد مضمونها، وعلى كل دولة اختيار الترتيب المناسب لها وتحديد المستويات المختلفة

لتقديم الخدمات الصحية وطرق الإحالة من مستوى إلى آخر. ويعتمد النظام الصحي المتكامل على الربط بين هذه المستويات عن طريق نظام معروف للإحالة حتى يوفر المستوى اللائق من الرعاية لكل الأفراد مما يؤدي إلى رفع مستوى الخدمة وترشيد الإنفاق.

تصنيف الرعاية الصحية حسب النظم الصحية

يعتبر الباحثون حالياً أن من الأفضل تصنيف مجمل الخدمات الصحية على أساس طرائق التحويل، أي علاقة المريض أو صاحب الحاجة بالطبيب أو بأفراد الفريق الصحي.

وهناك نظامان اثنان لهذه العلاقة الأساسية في مجال الرعاية الصحية: (الشكل رقم 4).

1ـ العلاقة الفردية ـ أي تلك التي تجمع المريض الواحد مع الطبيب الواحد أو صاحب الحاجة الواحد مع أحد أعضاء الفريق الصحي ـ الذي يطلب منه تلبية حاجته. وهذه الخدمات الفردية تعرف أيضاً على أنها خدمات علاجية ـ ولكن يتضح لنا أن هذه اللقاءات ليست بالضرورة علاجية، بل بإمكان الخدمات الفردية أن تكون ذات طابع وقائي أو تعزيزي للصحة أو تأهيلي وليس بالضرورة علاجي.

2ـ العلاقة غير الفردية ـ وهي تعرف عندما تكون علاقة الطبيب أو أحد أفراد الفريق الصحي مع مجموعة من أصحاب الحاجة وليس فرداً واحداً فقط ـ وليس من الأساسي أن تكون هناك مقابلة أو مواجهة بين أصحاب الحاجة وأعضاء الفريق الصحي وكانت في السابق تعرف هذه الخدمات بخدمات الصحة العامة التي تعنى بالبيئة والمحيط وسبل مكافحة الأمراض.

	الخدمات الفردية	الخدمات غير الفردية
1ـ الخدمات التعزيزية للرقي بالصحة	التثقيف الصحي والإرشاد	تعزيز الصحة من خلال قطاعات المجتمع كالطرق والبيئة
2 ـ الخدمات الوقائية	التمنيع والتطعيم	إصحاح مياه الشرب ـ الفلورايد والكلورين
3 ـ الخدمات العلاجية	العلاج الفردي	مكافحة الأوبئة
4 ـ الخدمات التأهيلية	التأهيل	تصحيح المحيط
5 ـ الخدمات المساندة	مساندة المريض الذي لا أمل بشفائه	

الشكل 4 ـ الخدمات الفردية وغير الفردية

كذلك يعتبر الباحثون في مجال النظم الصحية أن هناك عدة مراحل أو حقب للرعاية الصحية، حدِّدت كالتالي:

1 ـ تعزيز الصحة أو الرقي بالصحة Health Promotion

2 ـ الوقاية الصحية Health Prevention

3 ـ الخدمات العلاجية Curative Medicine

4 ـ الخدمات التأهيلية Rehabilitation

5 ـ الخدمات المساندة Supportive Care

معايير تحديد حسن أداء النظم الصحية
How well do health system perform

يقتضي تقييم أداء أي نظام صحي لوظيفته طرح سؤالين هامين: أولهما كيفية قياس النتائج الهامة ـ أي تحديد ما تم إنجازه فيما يتعلق بالغايات الثلاث وهي تحسين الصحة والقدرة على الاستجابة وعدالة المساهمة المالية (بلوغ المرامي)، وثانيهما كيفية مقارنة هذه الإنجازات بما ينبغي أن يحققه النظام الصحي ـ أي أفضل ما يمكن تحقيقه بالموارد ذاتها (الأداء). ويمكن الرجوع إلى التقرير الخاص بالصحة في العام 2000 للاستزادة في هذا الموضوع.

أنواع النظم الصحية في العالم
Types of Health Systems in the World

يختلف النظام الصحي من بلد لآخر، ولا يوجد نظامان متشابهان تماماً، لكن تشترك بعض النظم في اتجاهات معينة. فبعضها يغلب عليه القطاع الحكومي governmental، والبعض يغلب عليه القطاع الخاص private، والبعض يتم تمويله عن طريق الضرائب الحكومية taxes أو نظم التأمين الصحي health insurance أو الدفع المباشر direct payment. كما تختلف النظم الصحية في درجة تعقيدها وشموليتها تبعاً للمستوى العام للبلد وتقدمه الاجتماعي والاقتصادي ومستوى التعليم العام وطبيعة المشكلات الصحية في المجتمع. أي أن النظام الصحي لأي بلد لا ينبع من فراغ وإنما ينمو ويتطور مع الوقت ونتيجة لتأثير جميع العوامل المحيطة به.

تحليل النظم الصحية Health Systems Analysis

يشير تحليل النظم systems analysis إلى عملية استكشاف العلاقات المتبادلة بين الأجزاء المختلفة للنظام، وتأثير كل منها على الآخر وعلى الأداء الكلي للنظام. وبتعبير ميداني، فإن تحليل النظم يعني:

- وصف التدفق الأساسي الذي تتبعه مدخلات كل عنصر من عناصر النظام ومخرجاته.
- وضع قائمة بالمتطلبات الإجرائية في كل خطوة.
- تدبير النظام المحسن واختباره من أجل الجدوى والقابلية للاستمرار والتكاليف والفعالية.
- تحديد جدول المهمات التي ستنجز من قبل العاملين في النظام (من سيعمل ماذا ومتى).
- تنفيذ النظام الجديد والتحكم به.

ويتطلب تحليل النظم ثلاث خطوات، هي: تعريف النظام، وتحليل صفاته المميزة، وتحسينه أو تصحيحه.

- تعريف النظام يعني اختيار الأجزاء المناسبة مثل الهيئة الطبية وقبول المرضى والوصل المناسب بين الأجزاء، وطرق جمع البيانات.
- أما تحليل الصفات المميزة للنظام فيتم لكسب المعرفة عن مزايا استجابته مثل تأثير زيادة عدد الممرضات على التكلفة وعلى الخدمة، ومن أجل فحص كمال بنيته وثباتها وصحة تحويل كل عنصر.
- وبالنسبة لتحسين وتصحيح النظام فإن ذلك يتطلب إما تغيير تعريفه مثل الممارسة الفردية للطب مقابل ممارسة المجموعات، أو تغيير بنيته مثل الخدمات الفردية مقابل المشتركة، أو التغير في الصفات المميزة لتحويل عناصره مثل إدخال تكنولوجيا جديدة.

السياسة الصحية الوطنية National Health Policy

يمكن تعريف السياسة الصحية الوطنية بأنها تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها. ويتوجب على كل بلد أن يضع سياساته الصحية كجزء من سياسات التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، وفي ضوء ما يتفرد به من مشكلات وإمكانات وظروف خاصة وهياكل اجتماعية واقتصادية وأجهزة سياسية وإدارية. ويكون تحليل الأهداف والأولويات بعد دراسة مفصلة للمشكلات الصحية والقدرة الاجتماعية والاقتصادية على معالجة هذه المشكلات.

تقوم الاستراتيجية الصحية الوطنية national health strategy على أساس السياسة الصحية الوطنية، وتشتمل على الخطوط العريضة للعمل المطلوب في جميع القطاعات ذات العلاقة لوضع تلك السياسة موضع التنفيذ. وينبغي للاستراتيجيات أن تأخذ في الاعتبار أساليب ضمان اشتراك القطاعات الأخرى، وكذلك القدرات البشرية والاقتصادية

والإدارية المتوافرة أو التي يمكن توفيرها لبلوغ الأهداف الوطنية التي حددتها السياسة الصحية الوطنية.

أما خطة العمل الوطنية فهي خطة رئيسية واسعة ومشتركة بين القطاعات لبلوغ الأهداف الصحية الوطنية عن طريق تنفيذ الاستراتيجية. وهي تشير إلى ما يجب القيام به وإلى من سيقوم به وفي أي مهلة زمنية وبأية موارد. أي أنها تحتوي على المزيد من التفاصيل في البرمجة ورصد الميزانية والتنفيذ والتقييم.

ولتوضيح ما سبق نقدم المثال التالي:

1 ـ إحدى السياسات:

توفير الرعاية الصحية الشاملة للأمهات الحوامل والرضع والأطفال دون الخمس سنوات.

2 ـ الاستراتيجيات:

- تشكيل مجلس أعلى لصحة الأمومة والطفولة.
- نشر الوعي الصحي بين الأمهات والحوامل.
- التوسع في خدمات تنظيم الأسرة.
- توفير الخدمات الصحية للأمهات والأطفال مجاناً أو بأسعار مخفضة.
- جعل التمنيع إجبارياً ضد الأمراض السارية التي يستهدفها البرنامج الوطني للتمنيع (الخناق، الكزاز، الشاهوق أو السعال الديكي، شلل الأطفال أو التهاب سنجابية النخاع، السل أو التدرن، التهاب الكبد B، التهاب السحايا بالمستدمية النزلية، الحصبة والحصبة الألمانية أو الحميراء والنكاف).
- الفحص الطبي الشامل للأطفال قبل دخول المدرسة.

3 ـ خطة العمل:

- استصدار التشريعات اللازمة من قبل الهيئات المختصة في غضون مدة معينة.
- التأكد من توافر الموارد المالية من قبل وزارة المالية في غضون المدة ذاتها.
- برنامج تدريب للعاملين في مجال رعاية الأمومة والطفولة من قبل إدارة التدريب ضمن مدة معينة.
- التوسع في إنشاء مراكز رعاية الأمومة والطفولة أو دمجها في برامج الرعاية الصحية الأولية وذلك من قبل وزارة الصحة في غضون مدة معينة.
- حملات التوعية الصحية للأمهات والحوامل في كافة مجالات الإعلام من قبل دائرة التثقيف الصحي على الفور.
- التقييم المستمر للبرنامج من قبل السلطات الصحية.

ولا يعني ما سبق أنه يجب اتباع هذا الترتيب، أي ليس ضرورياً أن يعمد أولاً إلى تعريف السياسات ثم نمضي إلى صياغة الاستراتيجيات، ونقوم بعدئذ فقط بوضع خطة العمل، لأن هذه النشاطات تشكل كياناً متصلاً بدون خطوط واضحة تفصل فيما بينها، فقد يكون لبعض البلدان سياسات واستراتيجيات وخطط عمل قائمة فعلاً، وقد ترغب هذه البلدان في أن تنطلق من الموجود والمتوافر فعلاً وذلك بتعزيز خدماتها والرفع من مستواها.

المقوّمات الأساسية للسياسة الصحية الوطنية

تحتاج السياسة الصحية الوطنية إلى مقومات أساسية تضمن لها النجاح لتكون كاملة وممكنة التطبيق وهذ المقوِّمات هي: الالتزام السياسي، والاعتبارات الاجتماعية ومشاركة المجتمع، والإصلاح الإداري وتخصيص الموارد المالية المناسبة، وسن التشريعات، وإعداد خطة العمل والبرمجة والتقييم المستمر.

الالتزام السياسي: إن رسم وتنفيذ السياسة الصحية الوطنية يتطلب التزاماً سياسياً صريحاً بتحقيق الأهداف المنشودة وترجمتها إلى حقيقة واقعة. أي أنه يجب قبل وضع السياسة اتخاذ قرارات سياسية قاطعة تلتزم بها جميع القطاعات المهتمة بالشؤون الصحية، كما يجب تعبئة الرأي العام وتوضيح الحقائق له حتى يمكن التغلب على جميع العقبات وتوفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة، وقد يكون من الضروري في بعض الأحيان اللجوء إلى تدابير سياسية حازمة مثل فرض الضرائب وغيرها.

الاعتبارات الاجتماعية: تتكامل السياسة الصحية السليمة مع السياسات الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، وترمي أساساً إلى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين، وبصورة أوضح فإن السياسة الصحية لا بد أن ترمي إلى تذويب أو تقليص الهوة التي تفصل بين الأغنياء والفقراء، ويعني ذلك تخصيص جزء أكبر من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمسِّ الحاجة لها. فإذا رأت السياسة الصحية مثلاً إنشاء نظام شامل للتأمين الصحي يغطي كافة قطاعات الشعب، فلا بد من إعفاء أو تخفيض رسوم الاشتراك للفئات الفقيرة أو المحدودة الدخل على أن يتحمل الأغنياء نصيبهم من العبء كاملاً.

مشاركة المجتمع: لا بد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة والواعية من المجتمع بحيث يتحمل الأفراد والأسر والمجتمعات مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم بصرف النظر عن المسؤولية الشاملة للحكومات عن صحة شعوبها. وليست هذه المشاركة مرغوبة فحسب بل هي ضرورة اجتماعية واقتصادية وتقنية. وكجزء من مشاركة المجتمع في عملية صياغة السياسة الصحية، قد يكون من المفيد التماس مساهمة القادة السياسيين والاجتماعيين وقادة المجتمع والمنظمات والصناعات والعمال

والمهن ذات الصلة والعاملين في أوساط الإعلام، على أن يكون ذلك على جميع المستويات بما فيها المستوى الوطني ومستوى المناطق والمستوى المحلي.

الإصلاح الإداري: لضمان كفاءة وضع السياسة وتنفيذها قد يكون من الضروري تعزيز وتكييف الهياكل والنظم الإدارية في جميع القطاعات، وليس في القطاع الصحي فقط، ولا بد من أخذ زمام المبادرة للتنسيق المشترك بين قطاع الصحة وجميع القطاعات الأخرى كالتعليم والزراعة والغذاء وموارد المياه وحماية البيئة. وتحقيقاً لذلك لا بد من إعادة النظر في الأمور والنظم الإدارية لضمان التنسيق على جميع المستويات بهدف تقوية هذه النظم في المستويات المتوسطة والمحلية، وقد يكون ذلك بتفويض المسؤولية والسلطة إلى هذه المستويات بدلاً من تركيزها على المستوى المركزي، وفي بعض البلدان مثلاً قد يكون من الضروري تقديم حوافز للعاملين في المستويات المحلية والمستويات الأخرى لضمان تنفيذ السياسة الصحية في هذه المستويات.

تخصيص الموارد المالية: عند وضع السياسة الصحية الوطنية ستبرز الحاجة في معظم البلدان إلى إعادة تخصيص الموارد وزيادة الميزانية الصحية الوطنية إلى أقصى حد، ولكن ليس على حساب البرامج الوطنية الأخرى. ولا بد أن يؤخذ في الاعتبار عند وضع الميزانية الصحية الازدياد المطرد في تكلفة الخدمة والناتج أساساً عن ارتفاع أجور العاملين والتقدم السريع في مجال التكنولوجيا الصحية. ومن الأمور الأساسية في هذا المجال دراسة تكاليف البرامج الصحية بغية الوصول إلى النظم الأقل تكلفة، كما يجب دراسة طرق التمويل المختلفة من الضرائب والرسوم وخطط التأمين الصحي والاجتماعي وما إلى ذلك. ومن المفيد في هذا المجال دراسة تجارب النجاح والفشل في البلدان الأخرى.

سن التشريعات: سوف يستلزم الأمر في معظم الأحيان سن تشريعات جديدة لضمان تنفيذ السياسة الصحية، مثل التشريعات الخاصة بحماية البيئة والتأمين الصحي والاجتماعي. ومن المفيد في هذا المجال الاطلاع على التشريعات الصحية في مختلف البلدان والتي قامت منظمة الصحة العالمية بتجميعها وتحليلها، كما يجب أن يرافق الإجراء التشريعي تعبئة ملائمة للوعي الجماهيري عن طريق وسائل الإعلام المختلفة لتعريف أفراد المجتمع بحقوقهم وواجباتهم والتزاماتهم.

إعداد خطة العمل: ينبغي أن تتم ترجمة السياسة الصحية الوطنية إلى برامج وخطة عمل محددة، كما يجب تحديد الأغراض objectives الواجب بلوغها وما يتصل بها من أهداف مباشرة محددة كمياً قدر الإمكان. كما يجب أن تشتمل خطة العمل على تفاصيل كاملة لما يجب عمله والإطار الزمني وتقدير الاحتياجات والكوادر اللازمة لمراقبة التنفيذ وتقييم النتائج. ولا شك أن تنفيذ خطة العمل هو عملية طويلة الأمد وقد يكون من

الصعب أن يحدد لها مسبقاً جدول زمني دقيق ونهائي. رغم ذلك فإنه من المفيد إعداد جداول زمنية تقريبية يمكن صقلها وتغييرها تدريجياً باعتبار أن التنفيذ يعتمد على مجموعة شتى من الظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية والإدارية والصحية بما في ذلك مدى القدرة على توفير الموارد وفقاً للمتطلبات.

البرمجة: بعد وضع التصور الكامل لخطة العمل تتم برمجتها إلى سلسلة من الأعمال المترابطة والرامية إلى بلوغ أهداف محددة (البرامج) كتحسين صحة الطفل أو تزويد المجتمع بمياه شرب مأمونة. ومن الطبيعي أن تختلف هذه البرامج من بلد لآخر باختلاف الأحوال الاجتماعية والاقتصادية والوبائية. ولا بد أن يشتمل كل برنامج على أغراض محددة وأهداف مباشرة وتقدير سليم للموارد المطلوبة من قوى عاملة وموارد مالية وأجهزة ومعدات وتقديرات للتكلفة وجدول زمني مفصل للتنفيذ. كما يجب أن يتضمن البرنامج طرقاً للتقييم المستمر وإعادة الصياغة إذا لزم الأمر. وكل برنامج صحي له مستويات في التنفيذ (المستوى المركزي والمستوى الأوسط والمستوى المحلي أو الطرفي) لذا يجب توضيح العلاقة بين هذه المستويات وطرق التنسيق بينها للوصول إلى الأهداف.

التقييم والمؤشرات: لا بد من إدخال عملية التقييم في كل مراحل رسم السياسة الصحية وتحديد الاستراتيجيات والبرمجة. فعلى مستوى رسم السياسة هناك حاجة لمعرفة ما إذا كان الوضع الصحي للسكان في تحسن، وما إذا كانت هناك ضرورة إلى إدخال تعديلات على السياسة والاستراتيجية وخطط العمل. وعلى المستوى الإداري والتقني هناك حاجة لمعرفة ما إذا كانت البرامج ذات الصلة تصاغ بصورة ملائمة، وما إذا كانت الخدمات والأنشطة اللازمة لتنفيذها تصمم بصورة وافية للغرض.

وتستعمل في عملية التقييم المؤشرات التي تقيس الوضع الصحي وجودة الحياة ومدى توفر خدمات الرعاية الصحية. وهناك العديد من المؤشرات التي قامت بوضعها منظمة الصحة العالمية وشاع استعمالها في كثير من البلدان، حيث أصبح من السهل المقارنة بين الأوضاع الصحية في البلدان المختلفة عن طريق استعمال نفس المؤشرات.

العملية الإدارية في التنمية الصحية الوطنية
Managerial Process for National Health Development

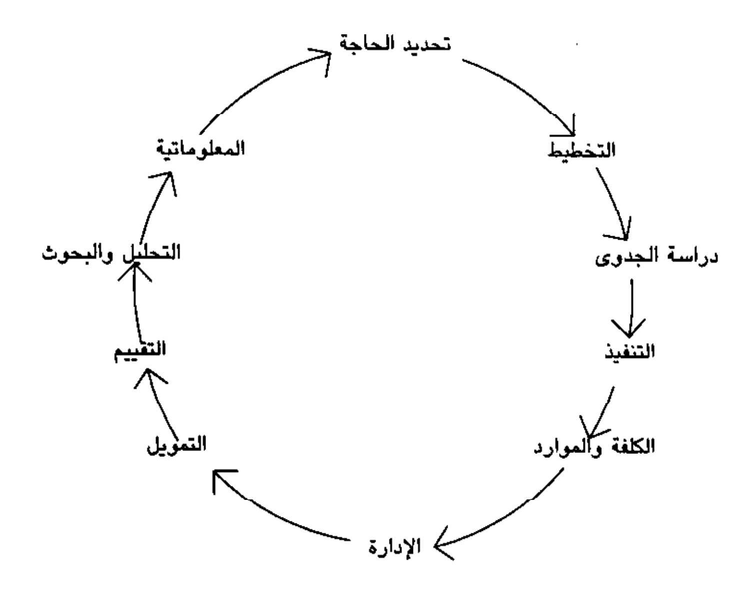
يتوافر لدى أغلبية دول العالم نمط معين من الإدارة وشكل ما من أشكال العملية الإدارية، وتختلف هذه الأنماط اختلافاً واسعاً بين بلد وآخر، فقد تغلب المركزية على البعض واللامركزية على البعض الآخر، أو قد يهتم البعض بعملية التقييم المستمر وإعادة البرمجة بينما لا يهتم بذلك البعض الآخر.

وتعتمد العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية أساساً على توفير المهارات الإدارية

وتوفير الكوادر الإدارية اللازمة لتنفيذ ومتابعة وتقييم الخدمات الصحية، ومن ثم فإنه يمكن وضع هيكل للعملية الإدارية المتكاملة يشتمل على:

- صياغة السياسة الصحية الوطنية وتحديد الأولويات.
- إعداد البرامج (البرمجة الإجمالية والتفصيلية).
- حساب التكلفة واعتماد الميزانيات.
- العمل على تكامل مختلف البرامج داخل النظام الصحي الشامل.
- تنفيذ الاستراتيجيات وخطط العمل.
- التقييم المستمر بغرض التعديل كلما لزم الأمر بإعادة البرمجة.
- الدعم بالمعلومات.

ويبين الشكل التالي المكونات السابقة والعلاقات فيما بينها:



الشكل 5 ـ استراتيجية الإدارة الصحية

الفصل الرابع

أهداف ومهمات النظم الصحية[1]

مُقَدِّمة

يفتح هذا الفصل المرتكز على التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2000 والذي سنشير له فيما يلي بـ"التقرير" آفاقاً جديدة في المساعدة على فهم أهداف النظم الصحية. ومن الواضح أن الغرض من النظم الصحية هو تحسين الصحة ووقايتها، ولكن لها أهدافها الجوهرية. وهي معنية بالمساواة في طرق تحمل الناس تكاليف الرعاية الصحية، وبكيفية تجاوب النظم مع توقعات الناس فيما يتعلق بكيفية علاجهم. وحيثما يتعلق الأمر بالصحة وسرعة الاستجابة لا يكفي أن يكون المستوى المتوسط مرتفعاً. يتعين أيضاً أن يشمل دور النظام الصحي الحد من التفاوت بطرق من شأنها تحسين حالة أشد الناس عوزاً. ويعتبر التقرير الخاص بالصحة في العالم لعام 2000 أن مدى إنجاز المهام هو أساس قياس أداء النظم الصحية.

ولا بد لصانعي السياسات من تكوين فهم واضح للوظائف الرئيسية للنظام الصحي من أجل اتخاذ إجراءاتهم الخاصة لقياس الأداء. ويحدد التقرير أربعاً من هذه الوظائف: تقديم الخدمات، وتوفير الموارد البشرية والمادية التي تتيح تقديم الخدمات، وتجميع الموارد المستخدمة لتمويل خدمات الرعاية الصحية، وكذلك، وهو الأمر الأهم، وظيفة الإشراف؛ أي تحديد وإنفاذ قواعد العمل وتوفير التوجه الاستراتيجي لجميع الأطراف المعنية.

ولا شك في أن عدداً كبيراً من المفاهيم والتدابير المتبعة في التقرير يتطلب مزيداً من البلورة والتطوير، وحتى الآن يقف ضعف نظم المعلومات الروتينية ونقص الاهتمام بالبحوث عقبة في طريق المعرفة. ومن ثم فقد اقتضى الأمر بذل جهود كبيرة في إعداد

---

(1) المصدر: تقرير منظمة الصحة العالمية للعام 2000 حول تقييم النظم الصحية

التقرير من أجل جمع البيانات والحصول على معلومات جديدة وإجراء أعمال التحليل والتركيب الضرورية. كما استند التقرير إلى أشخاص عديدين تبنت المنظمة آراءهم بخصوص تفسير البيانات والأهمية النسبية للأهداف المختلفة.

ولا يمكن أن يقدم التقرير إجابات نهائية على كل سؤال من الأسئلة المطروحة بشأن أداء النظم الصحية. ولكن التقرير يجمع أفضل القرائن المتاحة حتى الآن إلى بعضها البعض. كما أن التقرير يثبت أنه على الرغم من تعقد الموضوع وقصور البيانات فإن من الممكن الخروج بتقدير صائب للحالة الراهنة على نحو يوفر جدول أعمال حافزاً للعمل في المستقبل.

وعلى الرغم من أننا ما زلنا في مرحلة مبكرة من مراحل فهم مجموعة معقدة من التفاعلات، فإن هناك بعض الاستنتاجات الهامة الواضحة:

- إن المسؤولية النهائية عن أداء النظام الصحي في بلد ما تقع على عاتق الحكومة. فالإدارة الواعية والمسؤولة، أي ذات القِوامة stewardship، والرامية إلى تحقيق رفاهية الناس هي جوهر الأداء الحكومي الجيد. فصحة الناس تشكّل دائماً أولوية وطنية ومسؤولية الحكومات عنها مسؤولية مستمرة ودائمة.
- إن بلدانا عديدة تقصّر عن بلوغ مستوى الأداء الذي يتناسب وإمكاناتها، مع أخذ المبالغ التي تخصصها للصحة بعين الاعتبار، ونتيجة ذلك حدوث عدد كبير من حالات الوفاة والعجز التي يمكن توقّيها. ويتحمَّل الفقراء بصورة متفاوتة مغبة هذا القصور.
- إن النظم الصحية لا تستهدف تحسين صحة الناس فحسب وإنما تستهدف أيضاً وقايتهم من التكلفة المالية المرتبطة بالمرض. ويتمثل التحدي الذي يواجه البلدان المنخفضة الدخل في تقليل عبء المدفوعات المباشرة عن طريق زيادة استخدام مخططات السداد المسبق التي توزع خطر العبء المالي وتبعد شبح الإنفاق الهائل على الصحة.
- إن كثيراً من وزراء الصحة في الحكومات يركزون على القطاع العام ويغفلون القطاع الخاص، الذي تكون إسهاماته هامة في أغلب الأحيان، فيما يتعلق بتمويل وتقديم خدمات الرعاية. وثمة تحدٍّ متزايد يواجه الحكومات هو حشد طاقات القطاع الخاص والقطاع التطوعي من أجل الوصول إلى مستويات أفضل لأداء نظمها الصحية مع معالجة إخفاقات الأسواق الخاصة.
- إن القوامة تشكل ملاذاً أخيراً للإشراف على النظام ككل مع تحاشي قصر النظر وضيق الأفق والتغاضي عن رؤية مواطن قصور النظام. والغرض من هذا التقرير هو تيسير أداء هذه المهمة من خلال وضع قرائن جديدة في بؤرة الإهتمام.

أهداف النظام الصحي

يحدد تقرير منظمة الصحة العالمية أهدافاً ثلاثة للنظام الصحي في أية دولة كالآتي:

1 ـ تحسين مستوى صحة الإنسان good health

2 ـ الاستجابة لتوقعات المجتمع responsiveness

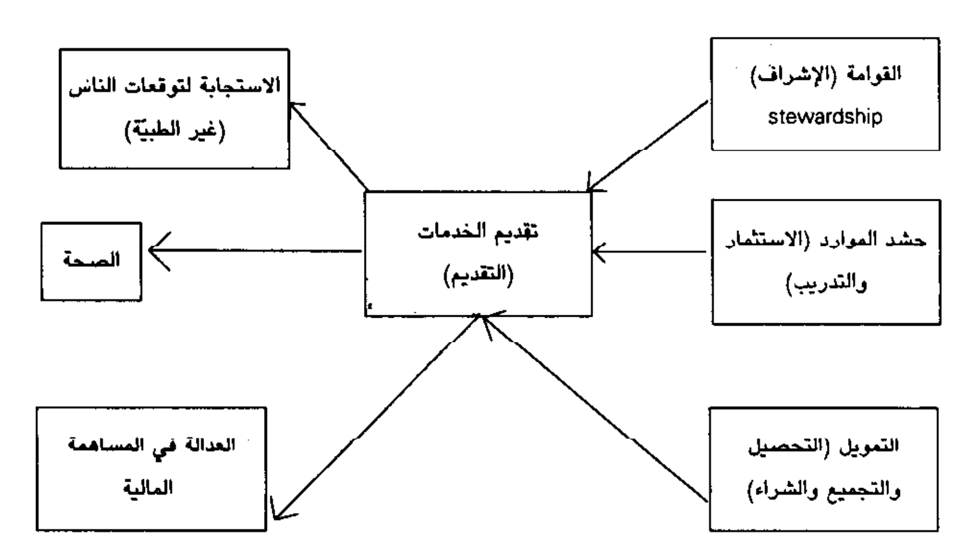
3 ـ ضمان العدالة في التمويل fair financing للتكاليف المترتبة على الصحة

لقد ساهمت النظم الصحية في الارتفاع الكبير في متوسط العمر المأمول الذي شهده القرن العشرين. ومع ذلك فإن الفجوة التي تفصل بين الطاقة الكامنة للنظم الصحية وبين أدائها الفعلي لا تزال واسعة، كما أن النتائج تتباين تبايناً كبيراً بين بلدان تتوافر فيها الموارد والإمكانات ذاتها.

إن تحسين الصحة هو بطبيعة الحال سبب وجود النظام الصحي وهو الهدف الأول الذي يسعى لبلوغه. كما أن توزيع التمويل على نحو أكثر عدالة يساهم في تحسين الصحة وذلك بالإقلال من احتمالات حرمان من يحتاج الرعاية منها بسبب ارتفاع كلفتها أو أن يؤدي بهم دفع الأجور إلى العوز وإلى التعرُّض للمزيد من المشاكل الصحية بسبب الحاجة المادية.

كما أن الاستجابة لتوقعات المرء تساعد في تحسين الصحة.

المهام التي يؤديها النظام الصحي



الشكل 1 ـ العلاقة بين مهام النظام الصحي وغاياته

يتطلّب تقييم أي نظام صحي قياس خمسة أشياء، هي: المستوى الصحي العام، وتوزيع الصحة في أوساط السكان، والمستوى الإجمالي للقدرة على الاستجابة، وتوزُّع القدرة على الاستجابة، وتوزيع المساهمات المالية.

اختارت منظمة الصحة العالمية متوسط سنوات العمر المصحَّح باحتساب مدد العجز disability-adjusted life expectancy (DALE) التعوُّق لتقييم صحة السكان.

مأمول العمر المأمول المصحح باحتساب مدد التعوق عند الولادة - إقليم شرق المتوسط والترتيب العام للدول الأعضاء حسب نموذج التقييم المقترح من منظمة الصحة العالمية عام 2000

الإمارات العربية المتحدة	65.4	27
المملكة العربية السعودية	64.5	26
البحرين	64.4	42
قطر	63.5	44
الكويت	63.2	45
عمان	63.0	8
تونس	61.4	52
لبنان	60.6	91
إيران	60.5	93
الأردن	60.0	83
ليبيا	59.3	87
المغرب	59.1	87
سورية	58.8	63
مصر	58.5	63
باكستان	55.9	122
العراق	55.3	103
اليمن	49.7	120
السودان	43.0	134
جيبوتي	37.9	157
أفغانستان	37.7	173
الصومال	36.4	179
الجزائر	61.6	81
جزر القمر	46.8	118
موريتانيا	41.4	162

أما القدرة على الاستجابة لرغبات السكان غير الطبية، وتلبية توقعاتهم بخصوص كيفية معاملتهم من جانب مقدمي الخدمات الصحية، فهي تشمل احترام الإنسان وكرامته وضمان سرية المعلومات الشخصية، وتأمين حريته في المشاركة في اختيار التدخلات المتعلقة بصحته.

كما أن العناية بأصحاب الحاجة الصحية تشمل الاهتمام بالمريض، لا سيما في حالات الطوارىء وتوفير التسهيلات المناسبة كالنظافة في المرافق الصحية، وتوفير سبل استفادة المريض من شبكات الدعم الاجتماعي وحرية اختيار الجهة التي تقدم الرعاية الصحية، وتساهم القدرة على الاستجابة لرغبات السكان غير الطبية في تعزيز مدى استفادة السكان من خدمات الرعاية الصحية وتعزّز الصحة.

أما التمويل العادل فهو توزيع المخاطر التي تواجهها الأسرة بسبب الكلفة الصحية وفقاً لقدرتها على تسديد كلفة الرعاية الصحية. فالنظام العادل يضمن الحماية المالية للمجتمع.

الفصل الخامس

العوامل التي تؤثر في الانتفاع من الخدمات الصحية

يرتكز علم الإدارة الصحية على دراسة العوامل التي تؤثر في انتفاع المرء من الخدمات الصحية وذلك بهدف تأمين الجودة الطبية وتوفير الرعاية بالسهولة الممكنة، وترشيد الإنفاق على الصحة. فالإدارة الصحية مرتبطة كل الارتباط بعملية الانتفاع من الرعاية الصحية والإفادة منها.

إن استعمال الخدمات الصحية من قبل الفرد أو المجتمع، تتأثر بعوامل عديدة سنقوم بذكرها والتعمُّق في أصولها. فهذه العوامل تشمل جوانب طبية، واجتماعية، ونفسية ومادية وأخلاقية.

إنما قبل الدخول في تفصيل هذه العوامل يستحسن أن نبدأ بتعريف "الصحة".

عرَّفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها "حالة من المعافاة الكاملة، بدنياً ونفسياً واجتماعياً، وليس مجرد انتفاء المرض أو العجز". وهذا التعريف معتمد من قبل كافة الهيئات والمؤسسات، لاسيما أنه هدف يُسعى إليه أكثر منه واقعاً نعيش ضمنه. وضمن التعريفات الأخرى للصحة، يقول هانلون Hanlon إنها "حالة من التناغم بين الجانبين الفيزيولوجي والنفسي للإنسان، ولها معانٍ مطلقة وأخرى نسبية تختلف باختلاف المكان والزمان".

إن تعريف الصحة مهم من أجل فهم أحد العوامل الرئيسية لاستعمال الخدمات الصحية، فهناك تفاوت بين تعريف المرض من قبل صاحب الحاجة الصحية أو المريض، ومن قبل مقدمي الرعاية الصحية أي أفراد الطاقم الصحي (وهم الأطباء والممرضون والعاملون الصحيِّون). فالمرض حسب المريض تجربة ذات مفهومين، أحدهما طبي والآخر نفسي واجتماعي، ويعرَّف بالإنكليزية تحت مسمى عِلَّة illness ـ بينما العامل الطبي يعرف على أنه داء disease. فالعوامل الطبية شبيهة على المستوى العلمي دولياً، بينما المرض أو العلَّة تتأثر بعوامل عديدة غير طبية كما ذكرنا أعلاه. إن استعمال الخدمات الصحية هو رهن نظرة المريض أكثر مما هو مرتبط بالناحية العلمية

البحتة. إن هذا التباين مهم في علم الإدارة الصحية والتخطيط للخدمات الصحية بكافة أنواعها.

العلاقة بين الحاجة والرغبة والطلب واستعمال الرعاية الصحية

إن تعريف الحاجة للرعاية الصحية قد يختلف بين منظور صاحب الحاجة الطبية (أي المريض) وبين منظور مقدم الخدمات الطبية (أي الطبيب). فالحاجة أحكامها إيعازية أو تقريرية normative judgment، وهي غالباً ما تكون نفسية عند المريض وعلمية عند الطبيب.

كما تختلف "الرغبة" Want في الحصول على الرعاية الصحية أيضاً بين ما قد يراه المريض مناسباً لكمية استعمال الخدمات الصحية وبين ما قد يكون ضرورياً من الناحية الطبية.

أما "الطلب" على الخدمات الطبية فهو أيضاً متعلق بتواجد هذه الخدمات بسعرٍ مقبول، وتوفرها بسهولة، وتجانسها مع خيارات صاحب الحاجة الطبية.

إن ترابط بل تناغم هذه الأمور يؤدي إلى استعمال النظام الصحي.

كما أن هذه العملية تخضع لحواجز عديدة منها ما هو مادي، ومنها ما هو اجتماعي وأيضاً تنظيمي.

إن عملية الترابط بين الحاجة للرعاية الصحية، واستعمالها من قبل صاحب الحاجة تتوقف أولاً وأساساً على قبوله لوصفه بأنه مريض أو أنه بحاجة للرعاية sick role. وتتأثر هذه الوضعية بمعرفة المريض لوضعه الصحي وبالمعلومات الصحية المتوفِّرة له. كما أن قراره الإفادة من النظام الصحي مرتبط أيضاً بقراره لمعالجة نفسه أو الاستعانة بمشورة الأسرة أو الأصدقاء ـ قبل أو عوضاً عن استشارة الفريق الصحي. فإذا ما قرَّر صاحب الحاجة استعمال النظام الصحي، فهو قد دخل النظام واستعد لقبول النصيحة الطبية.

إن هذا التسلسل له أهمية كبيرة في التخطيط للخدمات الطبية، وفي تنظيمها. ذلك أن دراسات عديدة تدل على أن نسبة كبيرة من أصحاب الحاجة الطبية قد لا تعي أنها معتلة الصحة لدرجة الانتفاع من النظام الصحي، بل نراهم يفضلون علاج أنفسهم أو الأخذ بمشورة الأسرة أو الجيران أو الأصدقاء، أو الاستفادة من العشابين أو العطّارين أو من الصيدلي عوضاً عن زيارة الطبيب. كما أن البعض قد يتريث قبل التوجُّه إلى النظام الصحي، لاعتقاده بأن العلاج الذاتي قد يغنيه عن الاستشارة الطبية.

أما الحواجز أو العوائق التي تؤثر في هذا السلوك فهي خليط من الحواجز المادية، إذا كان على المريض تسديد نفقة الرعاية؛ أو قد تكون تنظيمية، إذا كان الحصول على

الاستشارة هو بالصعوبة بمكان نظراً لبعد المركز الصحي أو زحمة المراجعين؛ أو اجتماعية إذا لم يأخذ النظام الصحي بعين الاعتبار الوضع الاجتماعي للمريض، مثلما يحدث أحياناً؛ أو إذا كان هنالك تفاوت بين جنس أو عرق أو جنسية أو لغة المريض والطبيب.

كما أن هنالك حاجات طبية لا يدركها المريض مثل الحاجة إلى تحرِّي screening بعض الأمراض أو أنه ضمن مجموعةٍ معرَّضة لخطر "at risk" بعض الأمراض. ومن شأن انعدام هذه المعرفة تعطيل عملية الانتفاع من النظام الصحي من خلال عدم تطوُّر الحاجة للرعاية الصحية.

العوامل التي تؤثر في استعمال الرعاية الصحية

إن استعمال النظام الصحي مرهون بعدَّة عوامل، بعضها مؤهِّل والبعض الآخر مُمَكِّن أو مسهِّل لعملية الانتفاع من الخدمات الطبية.

ا ـ العوامل المؤهلة أو المؤهبة Predisposing Factors

هذه العوامل ترتبط بوضعية صاحب الحاجة الطبية وهي:

1 ـ **العمر**: من المعلوم أن الفئات العمرية ما بين الولادة وسن العاشرة، كما في الفئة العمرية لمن هم أكثر من ستين عاماً، تستهلك كماً أكبر من الخدمات الصحية، نظراً للحاجة الصحية في هذه الفئات.

2 ـ **الجنس**: إن أكثر الدراسات تشير إلى أن المرأة تستعمل الخدمات الصحية أكثر من الرجل، أولاً بسبب مرحلة الإنجاب والخصوبة والولادة، وثانياً بسبب تلاحم أكبر بين المرأة والنظام الصحي نتيجة اصطحاب الوالدة لطفلها ومعرفتها بحاجاته الصحية.

3 ـ **العرق**: إن بعض الأمراض مرتبطة ببعض الأعراق أكثر مما هي مستوطنة في غيرها، فالعرق الأسود مثلاً يصاب ببعض أمراض الدم أكثر من العرق الأبيض.

4 ـ **الدين**: تختلف بعض الممارسات حسب الأديان، فبعض الأديان لا تحرِّم مثلاً شرب الكحول الذي قد يؤدي إلى بعض الأمراض.

5 ـ **المستوى التعليمي**: يتأثر استعمال الخدمات الصحية بالمستوى التعليمي لصاحب الحاجة الطبية.

6 ـ **الوضع العائلي**: تشير الدراسات إلى أن العازب يستخدم الخدمات الطبية بنسبة أقل من المتزوج.

7 ـ **حجم الأسرة**: يتأثر استعمال الخدمات الصحية بعدد أفراد الأسرة.

هذه العوامل الديموغرافية (السكانية) التي تؤهب لاستعمال الخدمات الصحية. وهناك عوامل اجتماعية ونفسية تؤهل لاستعمال النظام الصحي، وهي:

- المعتقدات الصحية لدى صاحب الحاجة الصحية، أي نظرته إلى الصحة والمرض والحياة
- سهولة الحصول على الخدمة الطبية
- الثقة بالنظام الصحي
- المعرفة الصحية
- إدراك المرء خطورة وضعه الصحي وإمكانية الشفاء وفائدة المعالجة
- الوضع النفسي العام لصاحب الحاجة الطبية
- علاقة المريض بالطبيب

II ـ العوامل الممكِّنة Enabling Factors

إن العوامل التي تمكِّن صاحب الحاجة الصحية من أن يدخل النظام الصحي هي التالية:

1 ـ الوضع المادي لصاحب الحاجة الصحية

2 ـ مهنة صاحب الحاجة الصحية

3 ـ المدخول العام لصاحب الحاجة

4 ـ كلفة الرعاية الصحية

5 ـ سبل وإمكانية تمويل الخدمات الصحية من قبل فريق ثالث

6 ـ سبل تسديد أتعاب مقدمي الخدمات الصحية

7 ـ الهيكلية التنظيمية للخدمات الصحية

8 ـ توفر الخدمات الصحية ـ وسهولة الاستشارة مثل البعد، والزحمة

9 ـ استمرارية الترابط بين المريض والطبيب

10 ـ حرية المريض في اختيار الطبيب

11 ـ استمرارية التواصل بين صاحب الحاجة ومقدمها

12 ـ إمكانية الحصول على موعد للزيارة والارتباط بها

13 ـ المدة الزمنية الشاملة للاستشارة الطبية

مشعرات استعمال الخدمات الصحية Indicators

بالإمكان تصنيف مشعرات استعمال الرعاية الصحية على الشكل التالي:

1 ـ زيارات أعضاء الفريق الطبي

- عدد الزيارات (سنوياً أو شهرياً)

- الفاصل الزمني بين الزيارات
- التفريق بين زيارة طبيب الأسرة، أو طبيب عام، وبين زيارة طبيب اختصاصي
- نوعية الزيارة ـ عادية أو طارئة أو مستعجلة
- مكان الزيارة ـ العيادة أو المنزل، أو التشاور هاتفياً أو عن بعد أو غرفة الطوارئ أو المركز الصحي

2 ـ زيارة المرافق الطبية

- دخول مستشفى ـ عدد المرضى الداخلين
- مدة إقامة المريض
- نسبة إشغال السرير
- معدَّل تناوب المرضى على السرير
- نسبة جراحة اليوم الواحد

3 ـ الخدمات التشخيصية والعلاجية

- عدد الوصفات الصيدلانية
- عدد جلسات العلاج الفيزيائي وغيره
- عدد الفحوصات المخبرية وأنواعها
- عدد الفحوصات بالأشعة وأنواعها

طرق التنبؤ بالحاجة للرعاية الصحية

ترتبط طرق التنبّؤ بالحاجة للخدمات الصحية بتعريف الحاجة، وبالمعرِّف لهذه الحاجة، أكان مريضاً أو إدارياً، فهذه الطرق تختلف أيضاً بما يقاس بأنه جزء من الرعاية الصحية. ويعتبر الباحثون أن هناك عدة مراحل في تعريف "الحاجة" للرعاية الصحية.

أولاً ـ تعريف "الحاجة" للرعاية الصحية من قبل الأصحاء وأعضاء المجتمع

إن هذا التعريف مرتبط كما أسلفنا بتعريف "الصحة" حسب منظمة الصحة العالمية. إن الهدف من هذا التعريف هو التأكيد على تعزيز الصحة، وتشجيع السلوكيات الصحية. ومن أمثلة الحاجة في هذا المضمار برامج تحسين البيئة، وتنقية الهواء، وتشجيع الرياضة الجسدية، والغذاء السليم، ومكافحة التدخين، وصيانة الطرق وهندستها بشكل سليم.

هذه "الحاجة" تتطلَّب غالباً إجراءات غير فردية، وإجراءاتٍ تتعلق بالصحة العامة وبالمجتمع ككل، وهي عادة ضروريات يتم تنفيذها من خلال قطاعات أخرى غير قطاع الصحة.

ثانياً ـ الخدمات الوقائية

المستوى الثاني من التعريف للحاجة الصحية، يتعلَّق بالخدمات الوقائية للأمراض المتوجب اتخاذها من قبل أفراد المجتمع ـ وهم أصحاء، والأمثلة على هذا المستوى من الحاجة هي البرامج "العمودية" المتعلقة بمكافحة مرضٍ ما والوقاية منه. وغالباً ما تكون هذه الإجراءات الصحية منوطة بفئة من السكان، وليس بالمجتمع بمجمله، على نقيض المستوى الأول، حيث الحاجة هي لكافة أفراد المجموعة السكانية.

ويمكن تصنيف الفئات المعرضة لخطر المرض حسب:

1 ـ **العمر أو السن**: مثلاً برامج التمنيع الموسع لكافة الأطفال من بعض الأمراض.

2 ـ **الجنس**: مثلاً برامج تنظيم الأسرة، أو مكافحة سرطان الثدي، أو سرطان عنق الرحم.

3 ـ **المهنة**: مثلاً برامج الطب المهني التي تعمل على وقاية عمال المصانع وتأمين بيئةٍ سليمة لمكافحة التلوُّث الصناعي.

4 ـ **العرق**: برامج الوقاية من بعض الأمراض الوراثية، مثل التلاسيميا أو فقر الدم المنجلي.

5 ـ **المرض**: برامج مكافحة السل أو التدرُّن الرئوي.

ترتبط الحاجة للرعاية الصحية، حسب هذا المستوى الثاني بفئات من المجتمع ما زالت سليمة ومعافاة، إنما هي معرضة للخطر أكثر من غيرها من الفئات. وتكون البرامج الوقائية المقدمة عادة، برامج عمودية، تركز على مرض واحد محدَّد، وتكافح بطرق محدَّدة ويمكن الأخذ بها بشكل واسع على مستوى المجتمع.

ثالثاً ـ مرحلة "المرض الصامت" "Silent Disease"

هذه مرحلة بدء المرض عند الفرد أو في المجتمع دون أن يعرف الفرد أو الطبيب بوجوده، وبالتالي فإن "الحاجة" للرعاية الصحية هي من باب التحرِّي عن الأمراض، من خلال فحوصات استكشاف لعدد من الأمراض. والهدف من هذا التحرِّي هو تدارك المرض، إذا وجد في مراحله الأولى، على أمل التحرِّي للمرض ومعالجته وإبقاء المريض في أفضل وضعٍ صحي ممكن. والأمثلة على هذا النوع من "الحاجة" كثيرة منها حملات طبية للكشف عن ارتفاع في ضغط الدم، أو السكري، أو اكتشاف حالة سرطانية. وتكون الطرق المستخدمة في هذا المجال فحوصات سهلة عادة، وغير مكلفة، ويمكن استعمالها بسرعة على شريحة عريضة من السكان. كما تجدر الإشارة إلى أهمية توفير العلاج إذا ما تمَّ اكتشاف المرض عند الفرد.

رابعاً ـ مرحلة إدراك "الحاجة" للرعاية الصحية Perceived Need

عند تأكد الفرد من كونه أصبح مريضاً، إن هذه المرحلة مهمة، وقد سبق وأشرنا إليها في بداية هذا الفصل ـ وهي ترتبط بالعوامل المؤهلة والممكّنة للانتفاع بالرعاية الصحية. لقد أدرك الفرد في هذا المرحلة بأنه عليل، وبأن عليه دخول النظام الصحي، وبأنه بحاجة لرعاية صحية.

خامساً ـ مرحلة طلب الرعاية الصحية Demand

تختلف هذه المرحلة عن المرحلة السابقة بأن المريض يريد أو يطالب بالرعاية الصحية، إنما دون ذلك أحياناً حواجز أو صعوبات هي عادة:

أ ـ **صعوباتٍ مادية**، ففي بعض الدول على المريض أن يسدِّد كلفة الرعاية الصحية من جيبه الخاص، مما قد يدفع المريض إلى تأخير عملية الطلب للرعاية الصحية، أو التعويض عنها بمشورة صديق أو التوجه إلى صيدلي أو معالجة ذاته.

ب ـ **صعوبات اجتماعية**، ففي بعض الأحيان يجد المرء صعوبة في دخول مرفق صحي إذا كان هذا المرفق يتوجَّه إليه غير الميسورين أو الفقراء، أو ترى المرأة صعوبة في التوجه إلى طبيب لاستشارته في مرض نسائي.

ج ـ **صعوبات تنظيمية**، قد يفضل المرء عدم الاستفادة من الرعاية الصحية إذا كانت هذه الرعاية غير متوفرة بسهولة أو بعيدة عن مقرِّ سكنه، أو أن عليه الانتظار لفترةٍ طويلة قبل الوصول إلى مقدم الرعاية الصحية.

سادساً ـ مرحلة استخدام الرعاية الصحية

تأتي هذه المرحلة بعد أن يكون الفرد قد اجتاز الصعوبات المذكورة أعلاه والتي قد تقيّد من سهولة الحصول على الرعاية الصحية. إن هذه المرحلة هي الأهم من ناحية الطلب، إذ إنها مرحلة واقعية يحصل فيها التواصل بين صاحب الحاجة الصحية ومقدم هذه الرعاية الصحية.

الاستعمال والانتفاع من الرعاية الصحية

تجدر الإشارة إلى أن هنالك فرقاً بين معنى استعمال الخدمات الصحية ومبدأ الانتفاع منها. فالاستعمال يعني بأن صاحب الحاجة الصحية قد دخل النظام الصحي. وتعرف هذه المرحلة باللغة الإنكليزية بمعنى usage أو use، أما مبدأ الانتفاع utilization فهو يعني، بالإضافة إلى آن صاحب الحاجة الصحية قد دخل النظام الصحي، أنه انتفع او استفاد من هذه العملية. فالانتفاع يضيف مبدأ اقتصاديًّا يعرف بالنفع utility.

وهذا ليس مناورات لاستخدام الكلمات أو الألفاظ، لأن الانتفاع يعني أيضاً بأن صاحب الحاجة الصحية قد وثّق علاقته بمقدم الرعاية الصحية، واستجاب لهذه العلاقة وأصبح أكثر ميلاً للأخذ بالنصائح الطبية التي تعطى له، أو التي عليه التقيد بها، وهذا ما يعرف بالامتثال compliance، أي الاستجابة أو الانقياد أو الانصياع، وهذا أمر مهم إذ ليس من فائدةٍ لصاحب الحاجة الطبية إذا هو استعمل النظام الصحي دون الامتثال للإرشادات والنصائح التي تطلب منه من سلوك أو دواء أو علاج.

طرق تقدير استعمال الخدمات الصحية

ساهم العرض السابق أعلاه في شرح مراحل استعمال الخدمات الصحية والفرق بين مؤشرات كل مرحلة منها، وذلك مهم من ناحية التخطيط السليم للرعاية الصحية.

أما طرق تقدير مدى أو كمية استعمال الخدمات الصحية، فهي تشمل المشعرات التالية:

1 ـ المسوحات الإحصائية السكانية Population-Based Surveys

هي دراسات مَسْحية للمجموعات السكانية لتقدير الحاجة للخدمات الصحية ومدى استهلاك هذه الخدمات. تنطوي هذه الدراسات عادةً على انتقاء عيِّنة صحيحة أو دقيقة من الأسر ومن الأفراد، واستجواب رب الأسرة عادةً عن مدى استعمال الخدمات الصحية ضمن فترة زمنية محدَّدة في الأمس القريب. وتبرز هذه الدراسات مدى "الحاجة" بنظر المريض ومقارنتها بمدى الانتفاع بالخدمات الصحية، من زياراتٍ للطبيب، أو من فترة دخول المستشفى، أو استعمال الأدوية والفحوصات التشخيصية ـ حسب الاستبيان المعد لذلك، طبقاً للغايات أو الأهداف المرجوة من هذه الدراسة.

وهذه الدراسات مفيدة للإطلاع على رغبات الأفراد والأسر، وهي مبنية على التذكُّر أي أنها تعوّل على ذاكرة المريض التي قد تعتريها بعض الشوائب، وهي لا تتضمَّن آراء الطبيب أو آراء مقدمي الرعاية الصحية.

2 ـ الحاجات المحدّدة مهنياً Professionally Defined Needs

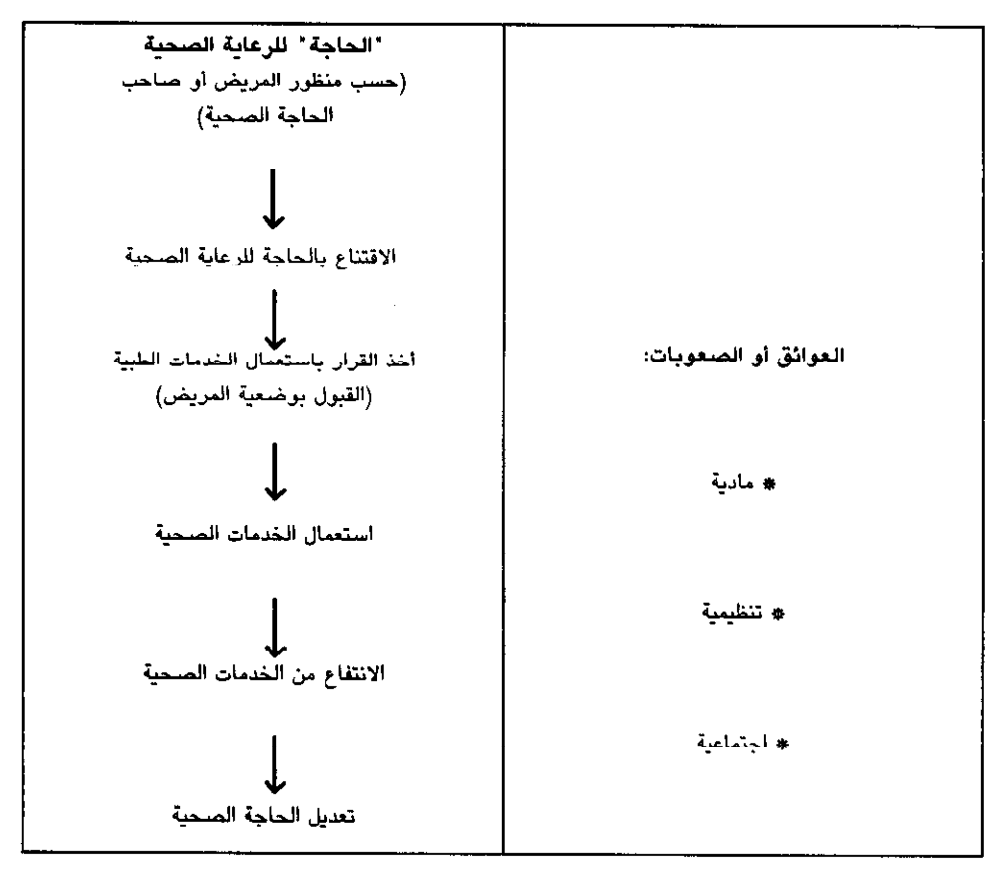
هذه إحدى الوسائل التي تساعد في تقدير الكمية المرتقبة من الخدمات الطبية لمجموعةٍ سكانية حسب نظر الأخصائيين الصحيين من أطباء وإداريين وفنيين صحيين. إن هذه الطريقة مبنية على تنبّؤ يتوصَّل إليه مقدمو الرعاية الصحية، وبالتالي فهي لا تنطوي على بحثٍ علمي أو مسحٍ سكاني. وهي تعتمد على مشعرات مستخدمة عالمياً أو على قائمة معلومات تمّ اقتباسها من مجموعةٍ سكانية مشابهة، وإن لم تكن متطابقة. ويعتمد مقدمو الرعاية الصحية أيضاً في هذا المنحى على " الحاجة البيولوجية" للمجموعة السكانية biologic need، ذلك يعني أن " الحاجة" المقدمة هي ما يوصي به الأطباء

والمسؤولون الصحيون تبعاً للمعلومات السكانية والمرضية المتوفّرة عن مجموعةٍ سكانية ما.

تستعمل هذه الطريقة أيضاً في دراسات الجدوى لمرفقٍ طبي من قبل أصحاب المشروع لتقدير مدى استعمال الخدمات الصحية في كل اختصاص، من قبل المجموعة السكانية التي من المتوقع أن تستفيد في هذا المرفق.

وهذه الطريقة لا تأخذ بعين الاعتبار "الحاجة" الفعلية من وجهة نظر أصحاب الحاجة الصحية. فكما هو معلوم، يستهلك البعض خدماتٍ صحية أكثر مما هو بحاجة إليه فعلياً، كما أن البعض الآخر من السكان لا يستفيد من الرعاية الصحية بسبب بعض الصعوبات أو العوائق التي ذكرناها أعلاه.

لذلك نرى أنه غالباً ما تنطوي دراسات الجدوى على جانبٍ كبيرٍ من الشك الذي يجب أخذه بالحسبان، وينبغي القيام بمتابعة عملية استعمال الخدمات الصحية بشكلٍ دائم ومتواصل لإزالة الحواجز ولمراعاة متطلبات المجموعة السكانية المستهدفة في المشروع الصحي.



الجدول 1 ـ الحاجات والعوائق والصعوبات أمام استعمال الخدمات الصحية والانتفاع منها

المجموعة السكانية السليمة	برامج حفظ وتعزيز الصحة
الفئات السكانية المعرَّضة للخطر	البرامج الوقائية
المرض الصامت	برامج كشف الأمراض
الحاجة الصحية	الاقتناع بضرورة دخول النظام الصحي
الحواجز	دراسة العوائق والصعوبات
طلب الخدمات الصحية	الانتفاع من الخدمات الصحية

الجدول 2 ـ التنبؤ بالانتفاع من الخدمات الصحية

العوامل الموهِّبة	العوامل الممكِّنة	الحاجة الطبية	أنماط استعمال الخدمات الصحية
I ـ العوامل السكانية: العمر الجنس الوضع العائلي حجم الأسرة	I ـ موارد الأسرة دخل الأسرة التامين الصحي شمولية التغطية الصحية كلفة الوصول إلى العيادة فترة الانتظار	I ـ إدراك الحاجة للرعاية الصحية preceived need عدد الأيام المرضية أعراض المرض الهم الصحي وجود الالم	I ـ مدى استعمال زيارات الطبيب مدى استعمال المستشفيات مدى استعمال طب الأسنان
II ـ العوامل الاجتماعية: مستوى التحصيل الدراسي الوضع الاجتماعي المهنة العرق الدين	II ـ موارد المجتمع(الدولة) III ـ نسبة الأطباء للسكان نسبة عدد أسرّة المستشفيات لعدد السكان	II ـ الحاجة من وجهة نظر الطبيب الأعراض الصحية التشخيص الطبي	
III ـ النظرة تجاه الصحة: المعتقدات قيمة الصحة مرتبة الأطباء المعرفة بالمرض			

الجدول 3 ـ مصفوفة الانتفاع من الخدمات الصحية

المصدر : Andersen, Kravits, et al. Equity in Health Services

الفصل السادس

الوضع الصحي في دول إقليم شرق المتوسط(*)

مُقَدِّمة

يضم إقليم منظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط حالياً 22 دولة عضواً، أحدها بصفة مراقب وهو سلطة الحكم الذاتي الفلسطينية. ويمتد الإقليم، الذي تبلغ مساحته 13.8 مليون كيلومتر مربع، من المغرب غرباً إلى باكستان شرقاً. وقد بلغ مجموع سكان الإقليم حوالي 457 مليون نسمة (في المدة 1997 ـ 1998)، على حين كان هذا المجموع يقل عن 200 مليون نسمة في عام 1970. ويعتبر معدل النمو السكاني الصافي مرتفعاً نسبياً، إذ بلغ متوسطه 2.4% في عام 1997 (بالمقارنة مع متوسط الأمم المتحدة الذي يبلغ 1.4% ومتوسط البلدان النامية الذي يقدر بنحو 1.7%، عن المدة 1995 ـ 2000). علماً بأن حوالي 44% من السكان تقل أعمارهم عن 15 سنة (بالمقارنة مع المتوسط العالمي لعام 1998 والذي قدر بنحو 30.5% وبنحو 18.5% للبلدان ذات اقتصاديات السوق المتقدمة)، وأن حوالي 14.3% من السكان تقل أعمارهم عن 5 سنوات.

والغالبية العظمى من سكان الإقليم مسلمون، والعربية هي لغة ثماني عشرة دولة من الدول الأعضاء الإثنتين والعشرين، غير أن نحو 50% من سكان الإقليم يتكلمون لغات أخرى (كالأردية، والفارسية، والدارية، والصومالية، والبربرية، والبوشتية، والسواحلية، والكردية). وباستثناء الاتفاق في الدين واللغة، فإن بلدان الإقليم تتميز بتغايرها وتنوعها. فمساحاتها تتفاوت من 700 كيلومتر مربع إلى 2.5 مليون كيلومتر مربع. وهي تتفاوت من حيث حجم السكان، من نصف مليون أو أكثر قليلاً إلى أكثر من 139 مليون نسمة، ومن حيث الكثافة السكانية من 3 إلى حوالي 900 نسمة في الكيلومتر المربع. وعلى حين أن بعضها ينعم بالثراء، نجد أن بعضها يعاني من الفقر المدقع.

(*) مقتبسة من وثائق لمنظمة الصحة العالمية ـ إقليم شرق المتوسط

وقد زادت نسبة السكان الذين يعيشون في الحضر من 39% في عام 1985 إلى حوالي 46% في العام 2000. وهنالك اختلافات هامة بين بلدان الإقليم من حيث مستوى التحضر، الذي تفاوت في عام 1996 من 19% في أفغانستان، و24% في الجمهورية اليمنية إلى 100% في قطر والكويت. ويجدر بالملاحظة أن أكبر بلدين من بلدان الإقليم من حيث عدد السكان، باكستان ومصر، يعيش في الحضر في أولاهما حوالي 32% من السكان، ويعيش في الحضر في ثانيهما حوالي 47% من السكان.

وقد شهد إقليم شرق المتوسط في المدة من 1990 إلى 1996 نمواً ملموساً من حيث نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي. وزاد متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي من 1093 دولاراً أميركياً في عام 1990 إلى 1480 دولاراً أميركياً في عام 1997، أي بزيادةٍ نسبتها 35%، غير أن هذه الزيادة الإقليمية لا تعكس الفجوات المهمة داخل بلدان الإقليم وفي ما بينها. ففي عام 1996 تراوح نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي بين 150 دولاراً أميركياً في الصومال و19800 دولار أميركي في الكويت.

ولا تزال العقبة الرئيسية أمام النمو الاقتصادي لأغلبية بلدان إقليم شرق المتوسط تتمثل في المستوى غير المسبوق للديون الخارجية التي تقدر بألوف الملايين من الدولارات الأميركية. وتمثل تكلفة هذه الديون عبئاً مستمراً تنوء به التنمية الاقتصادية لهذه البلدان.

وتتسبَّب الكوارث الطبيعية والحروب في أفغانستان والعراق والصومال والسودان إلى جانب الصراعات العرقية، والدينية، والأهلية، في خسائر بشرية فادحة وفي معاناة الملايين من الناس، وفي تعطيل النظم الصحية، والحد من فرص الحصول على الرعاية الصحية الأساسية.

الوضع الإقليمي

1 ـ تمَّ مؤخراً تقييم الوضع الصحي الإقليمي من خلال عملية التقييم الثالثة لتنفيذ استراتيجية توفير الصحة للجميع. وتوفر النتائج الرئيسية لهذه العملية أحدث المعلومات الأساسية في هذا الصدد.

الاتجاهات السياسية

2 ـ على الرغم من انتهاء الحرب الباردة، وعلى الرغم من الآمال التي بعثتها اتفاقات أوسلو والعملية السلمية عموماً، إلا أنه لا تزال هنالك أراض فلسطينية، وسورية، ولبنانية تحت الاحتلال الإسرائيلي، بل إن احتمالات التسوية السلمية العادلة قد أمست مظلمة. ولا مراء في أن لهذا الوضع أثراً سلبياً على صحة السكان في الإقليم. ولا تزال النفقات العسكرية في بعض بلدان الإقليم مرتفعة،

مما يؤثر سلباً في الإنفاق على الخدمات الاجتماعية، بما فيها الخدمات الصحية.
3 ـ بالإضافة إلى الصراعات الأثنية (العرقية) والدينية، والأهلية، وما تسببه من خسائر بشرية، ومعاناة لملايين الناس في الإقليم، وتعطيل للنظم الصحية، والحد من إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الأساسية، فإن العقوبات السياسية والاقتصادية تعيق التنمية الصحية في بعض البلدان، وقد تؤدي إلى حدوث مآس صحية.
4 ـ شرعت معظم بلدان الإقليم في تحقيق اللامركزية لنظمها الصحية في إطار حركةٍ تتجه صوب تحقيق مزيدٍ من المشاركة الاجتماعية. غير أن مسيرة اللامركزية لم تحقق سوى نجاحاتٍ محدودة في كثير من البلدان بسبب ضعف المؤسسات فيها.
5 ـ تم في كثير من البلدان تغييب دور الدولة في تمويل الرعاية الصحية وتقديمها وفقاً للسياسات الجديدة التي تهدف إلى تحقيق اللامركزية وتعزيز دور القطاع الخاص في الرعاية الصحية. وتم الإعراب عن بعض المخاوف من الأثر المحتمل لتعزيز دور القطاع الخاص على الوضع الصحي للفقراء والمستضعفين. وقد يتأثر تشكيل السياسات الصحية والتخطيط الإستراتيجي بسياسات الخصخصة (أو الخَوْصَصَة) والضغوط المتزايدة من نقابات العمال ونقابات أرباب المهن الصحية في القطاع الخاص. علماً بأن اللامركزية إذا لم تتوافر لها الموارد الكافية، وإذا عاقتها النفقات الإدارية الإضافية غير الضرورية، فإنها غالباً ما تؤدي إلى سوء صيانة مرافق الرعاية الصحية وسوء تشغيلها، بدلاً من تحقيق الفوائد المرجوة.

الاتجاهات في مجال التنمية الاجتماعية الاقتصادية

الاتجاهات الاقتصادية

6 ـ إن العقبة الرئيسية في طريق النمو الاقتصادي في معظم بلدان إقليم شرق المتوسط هي الارتفاع غير المسبوق في مستوى الديون الخارجية الذي يقدر بآلاف ملايين الدولارات الأميركية. وتمثل تكاليف هذه الديون عبئاً ثقيلاً على النمو الاقتصادي لهذه البلدان. وقد شرعت بعض هذه البلدان بالفعل في تنفيذ برامج للتعديل الهيكلي، ويسعى بعضها إلى إجراء بعض التعديلات لإدخال مزيد من المرونة على إدارتها لنظمها الاقتصادية. والمأمول أن يؤدي إلغاء جزء من الديون الخارجية لصالح بعض البلدان إلى التأثير إيجابياً على التنمية الاقتصادية.
7 ـ في ما يتعلق بنصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي، فقد حقق إقليم شرق

المتوسط نمواً ملموساً خلال المدة من عام 1990 إلى عام 1996. وزاد متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي من 1093 دولاراً أميركياً في عام 1990 إلى 1476 دولاراً أميركياً في عام 1996، أي بزيادة نسبتها 35%. ولا تظهر هذه الزيادة الفجوات الكبيرة داخل كل من بلدان الإقليم أو في ما بين بلدانه. ففي عام 1996 تراوح نصيب الفرد من الناتج الوطني الإجمالي بين 150 دولاراً أميركياً في الصومال و18430 دولاراً أميركياً في الكويت. وترتفع النسبة المئوية للسكان الذين يعيشون تحت خط الفقر في بعض البلدان، مما يؤدي إلى اتساع الفجوة بين الطبقات الاجتماعية.

8 ـ يتراوح نصيب الفرد من إجمالي النفقات الصحية في إقليم شرق المتوسط (بمعدلات عام 1990) بين 8 دولارات أميركية في الصومال و630 دولاراً أميركياً في قطر. ويتراوح الإنفاق العام، كنسبة مئوية من إجمالي النفقات الصحية، بين 73% في الصومال و11% في السودان و16.6% في الجمهورية العربية السورية، وحوالي 64% في البحرين، وتونس، وقبرص، وقطر، والكويت، والمملكة العربية السعودية. ويتضح من هذه المعطيات أن إنفاق القطاع العام والقطاع الخاص يتفاوت من بلد إلى آخر في الإقليم.

9 ـ كما يتضح، في الوقت نفسه، من مناسيب indices التنمية البشرية لإقليم شرق المتوسط، أنه على الرغم من أن معظم بلدان الإقليم لا تتمتع بمستويات اقتصادية عالية، إلا أن أداء هذه البلدان ينبغي أن يكون أفضل بكثير. كما يتضح من القيمة السلبية بين مرتبة النصيب الحقيقي للفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالدولارات المعدلة قيمتها وفقاً لنظرية تعادل القوى الشرائية) ناقصاً مرتبة منسب التنمية البشرية. وتتضح من هذه المعطيات ضرورة الأخذ بأساليب مختلفة لإصلاح القطاع الصحي في مختلف البلدان. علماً بأن المرامي النهائية لأي إصلاح تتمثل في ضمان العدالة في توزيع الخدمات الصحية وتيسير الحصول عليها، وزيادة كفاءتها، وتعزيز فعالية النظم الصحية.

10 ـ يظهر من تحليل الاتجاهات في مجال تمويل الرعاية الصحية، أن هناك اتجاهاً واضحاً نحو نقل عبء تمويل الرعاية الصحية من الحكومة إلى الأفراد والأسر. ويلاحظ أنه حتى البلدان العالية الدخل، مثل البلدان المنتجة للنفط، تنظر في بعض الخيارات لتخفيف الأعباء على الميزانيات الحكومية، عن طريق فرض رسوم على المنتفعين بالخدمات الصحية، وتطبيق نظم المشاركة في تحمل المخاطر، مثل التأمين الصحي. ويلاحظ كذلك أن مساهمة التأمين الصحي الاجتماعي في الإنفاق العام محدودة نسبياً. ويعيق التوسع في التغطية بهذه النظم كثرة أعداد العاملين في

القطاعات غير الرسمية والعاملين لحساب أنفسهم، ونقص القدرة على تحصيل وإدارة متحصلات ضريبة الدخل. ويبدو أن النفقات النثرية المباشرة التي تدفعها الأسرة تمثل نسبة كبيرة من الإنفاق الخاص في معظم البلدان، وأن أقساط التأمين الخاص لا تمثل سوى جزءاً محدوداً من الإنفاق الخاص، وإن كان يمكن أن يستثنى من ذلك الأردن، ولبنان، وبعض بلدان مجلس التعاون الخليجي. ويعني التعويل على النفقات النثرية المباشرة، أن الأسرة تتحمل نسبة لا يستهان بها من تكاليف الرعاية الصحية، مع قلة أو انعدام الحماية المالية (التأمين، مثلاً) المتاحة لها في حالة حدوث مرض خطير أو إصابة خطيرة.

11 ـ أما في البلدان المتوسطة الدخل والمنخفضة الدخل، فتقوم بتوفير الموارد الإضافية للقطاع الصحي، المنظمات اللاحكومية والجهات المانحة الثنائية الأطراف والدولية. ويلاحظ أن الدور الذي تقوم به المنظمات اللاحكومية في توفير الخدمات الصحية وتمويلها يتعاظم في بلدان عديدة، نتيجة لتناقص الموارد في القطاع العام. ولما كانت احتمالات الحصول على مساعدات مالية من الكثير من البلدان المانحة لا تبشر بالخير بسبب الركود الاقتصادي، وخفض برامج المساعدات الإنمائية، فضلاً عن التوجهات السياسية، فإنه تبذل حالياً جهود مع المؤسسات المالية لحثها على تقديم قروض لدعم التنمية الصحية. وتتزايد طلبات المساعدات المالية للمشاريع الصحية في إقليم شرق المتوسط.

12 ـ يقوم القطاع الخاص بدور هام ومتعاظم في توفير الرعاية الصحية في معظم البلدان، نتيجة للإصلاحات الاقتصادية والسياسية، والأخذ بنظام للحوافز يستهدف دعم مقدمي الرعاية الصحية بالقطاع الخاص. ويقوم القطاع الخاص في العديد من البلدان، بتقديم ما يتراوح بين 40% و50% من الخدمات الصحية الخارجية، ولكن إسهامه في الرعاية الاستشفائية متواضع نسبياً، ما عدا قبرص ولبنان. وقد أمكن تنمية القطاع الخاص في مجالي تمويل الرعاية الصحية وتقديمها، بفضل قيام وزارات الصحة بتنفيذ آليات لتنظيم أنشطة منح التراخيص، ووضع المعايير، وجداول الرسوم، وضمان الجودة. غير أن تعاظم دور القطاع الخاص في مجال إيتاء الرعاية الصحية قد أثار بعض المخاوف إزاء جودة الرعاية الصحية التي يقدمها، وإزاء العدالة في الحصول على هذه الرعاية. ويستنتج من ذلك أنه لا بد من بذل جهود لتقوية دور القطاع العام من أجل تقليل أثر هذه التغيرات على أنماط تقديم الرعاية الصحية، والحد من الأثر المترتب على تعاظم دور القطاع الخاص. وتبذل في كثير من البلدان جهود للمزج بشكلٍ ملائم بين جهود القطاع الخاص في النظم الصحية.

الاتجاهات الديموغرافية

13 ـ يتضح من المعطيات المبلغة أن سكان إقليم شرق المتوسط في عام 1996 لا تغلب عليهم الأعمار الصغيرة على الرغم من وجود بعض الدلائل على حدوث تغيُّر في هذا الصدد، فلا يزال الأطفال دون الخامسة عشر من العمر يمثلون حوالي 41% من السكان. أما البالغون الذن تتراوح أعمارهم بين 15 و64 سنة فيشكلون حوالي 54% من السكان، وأما المسنون الذين هم في الخامسة والستين فأكثر، فيمثلون حوالي 4% من السكان. ويتميز هذا التوزع العمري بالتفاوت الكبير من بلد إلى آخر من بلدان الإقليم، ولا سيما في ما يتعلق بفئات البالغين، ويعزى ذلك لحد بعيد إلى حجم قوة العمل الأجنبية (والتي معظمها من الذكور البالغين الذين لا ترافقهم عائلاتهم) في بعض بلدان شبه الجزيرة العربية.

14 ـ زادت النسبة المئوية لسكان الحضر من 39% في عام 1985 إلى حوالي 48% في عام 2000. وتتفاوت الأوضاع تفاوتاً كبيراً من بلد إلى آخر في ما يتعلق بمستوى التحضر، الذي تراوح في عام 1996 بين 19% في أفغانستان و24% في الجمهورية اليمنية و100% في قطر والكويت. ويجدر بالملاحظة أن البلدين الكثيفي السكان في الإقليم، باكستان ومصر، يسكن الحضر في أولهما 32% من السكان وفي ثانيهما 47% من السكان.

15 ـ يلاحظ أن استمرار النمو الحضري السريع في كثيرٍ من بلدان الإقليم، فضلاً عن تغلغل الفقر، ولا سيما في أقل البلدان نمواً، يحدان من قدرتها على توفير مرافق مقبولة لصحة البيئة، وخدمات صحية مرضية. وهناك مخاوف من تزايد دور المسنين في الحضر، وأعداد الأطفال المشرَّدين، وما يترتب على هذه التغييرات من آثار صحية.

16ـ أدَّى تحليل الاتجاهات في عدد السكان وبنيتهم إلى إبراز التغير الديموغرافي الهام الذي طرأ على الإقليم خلال العقد الماضي، كما ألقى هذا التحليل بعض الضوء على اتجاهات المستقبل. ولا يزال المتوسط الإقليمي لمعدل النمو السكاني أعلى المتوسطات المناظرة في العالم. فعلى الرغم من أن معدل النمو السكاني قد انخفض تدريجياً من 3.0% في عام 1985 إلى 2.6% في عام 1996، إلا أنه سيبقى قريباً من هذا المعدل في بداية القرن الواحد والعشرين. ويتفاوت هذا المعدل تفاوتاً كبيراً من بلدٍ إلى آخر في الإقليم. فهو يتراوح بين 1.1% في تونس و5.9% في الإمارات العربية المتحدة وفقاً لتقارير البلدان عن المدة 1995 ـ 1996 (علماً بأن المتوسط الإقليمي وفقاً لتقديرات الأمم المتحدة يبلغ 2.7% للمدة 1995 ـ 2000.

17 ـ نتيجة لزيادة مأمول العمر وانخفاض معدل الخصوبة، فسوف يبدأ في العديد من البلدان تحول ديموغرافي يتسم في العقود القادمة بازدياد المسنين واحتياجاتهم النوعية من الخدمات الصحية.

الاتجاهات الاجتماعية

18 ـ التعليم قضية اجتماعية ذات أولوية، وذات تأثير في الصحة، ويلاحظ في هذا الصدد أن النسبة الإجمالية للمسجَّلين في المدارس (بالمستوى التعليمي الأول أو الأساسي) أي النسبة بين العدد الفعلي للتلاميذ في المستوى التعليمي الأول (الذي غالباً ما يشار إليه باسم التعليم الإلزامي) وبين حجم السكان في نفس فئتهم العمرية ـ قد بلغت 90% فأكثر في 19 بلداً، ولكنها تقل عن 50% في بلدين هما أفغانستان 27% وجيبوتي 47%. وغني عن البيان أن الصغار الذين لا يذهبون إلى المدرسة يصبحون بالغين أميين. وعلى الجانب الإيجابي، يبدو أن الفجوة بين الجنسين تضيق. وبالنظر إلى مؤشر معدلات التعليم بين البالغين، أي نسبة البالغين المتعلمين (في سن الخامسة عشرة فأكثر)، يتضح من المتوسط الإقليمي للمدة 1985 ـ 1996 حدوث زيادة كبيرة فيه، إذ زاد من 38% في عام 1985 إلى 62% في عام 1996.

صحة البيئة

19 ـ يعد إقليم شرق المتوسط من أكثر بقاع العالم جفافاً. ومع سرعة النمو السكاني والشح الشديد في موارد المياه، أصبحت أزمة المياه في الإقليم تمثل أعتى التحديات في الحاضر والمستقبل. ويقوم حالياً أكثر من عشرة بلدان من بلدان الإقليم الثلاثة العشرين باستخراج ما يزيد على مئة بالمئة من مواردها المائية السنوية القابلة للحفظ. وعلى حين أن الإقليم يضم 8% من مجموع سكان العالم، فإنه لا يتاح له سوى 1.45% فقط من موارد العالم من المياه العذبة القابلة للحفظ. ومن المتوقع أن يقل بحلول سنة 2020 نصيب الفرد من الموارد المائية الفعلية المتجددة في 15 بلداً عن 1000 متر مكعب سنوياً. علماً بأن الأسرة التي تقل كمية المياه المتاحة للفرد فيها عن 1000 متر مكعب سنوياً تعتبر أسرة فقيرة في الماء. وستقلّ هذه الكمية في 11 بلداً عن 500 متر مكعب للفرد سنوياً. وعلى الرغم من ذلك، فقد قامت بلدان الإقليم بجهود هائلة لتغطية سكانها بالإمدادات المائية. ووفقاً لمعطيات عام 1996، يقدر معدل تغطية الحضر في 17 بلداً بالإمدادات المائية بأكثر من 95%. ويزيد معدل تغطية الريف في 13 بلداً بهذه

الإمدادات على 80%. وهناك نقص حاد في تغطية الريف بالإصحاح، بالمقارنة مع التغطية بالإمدادات المائية. وتزيد نسبة التغطية بالإصحاح في الحضر في 17 بلداً على 95%.

ويعاني الإقليم من التحضر السريع، مع تعرض سكان المدن للازدحام، والتلوث، وأحياناً لظروف دون المستوى المقبول في صحة البيئة. ومن أهم التحديات المتعلقة بصحة البيئة في المدن، الافتقار إلى شبكات المجاري المناسبة، ونظم التدبير الصحي للفضلات الصلبة، وتلوث الهواء في بعض المدن الكبرى، ونقص المساكن، وقلة المساحات الخضراء، وسوء أحوال النقل العام.

الاتجاهات الصحية

20 ـ تم استعراض ومقارنة الاتجاهات المتوسطة للمؤشرات الإقليمية التي حددت أهداف توفير الصحة للجميع للمدة 1985 ـ 1996، مع المعطيات القطرية المبلَّغ عنها لعام 1996 لعملية التقييم الثالثة.

21 ـ توحي هذه النتائج للوهلة الأولى بأن الوضع الصحي قد تحسن خلال العقد الذي تلا تنفيذ استراتيجية توفير الصحة للجميع. فعلى الرغم من عبء النمو السريع لسكان الإقليم، وتفاقم أثره، بسبب مختلف المنازعات الاجتماعية والعسكرية، على الوضع الاجتماعي والاقتصادي الذي تعانيه بعض بلدان إقليم شرق المتوسط، إلا أنه قد تحقق تقدم جيد نحو بلوغ أهداف توفير الصحة للجميع. ويجدر بالملاحظة أن الأهداف التي تم بلوغها أو التي يمكن بلوغها تتعلق بالناتج الوطني الإجمالي، والنسبة المئوية المخصصة منه للإنفاق الصحي الوطني، والتغطية بالتطعيم بلقاح بي سي جي، والجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي، والجرعة الثالثة من اللقاح الفموي لشلل الأطفال، ومأمول العمر.

22 ـ هنالك انطباع عام بأن الإقليم ككل يتقدَّم نحو بلوغ أهم أهداف استراتيجية توفير الصحة للجميع. ويتَّضح من النتائج الرئيسية للمقارنة بين الأعوام 1995 و1996:

(أ) زيادة حادة في الطلب على الخدمات الصحية، كما وكيفاً، بسبب:

- استمرار النمو السكاني السريع في جميع البلدان تقريباً، فضلاً عن التغير في التوزع العمري في بعض البلدان، الذي يترتَّب عليه تحول وبائي تواكبه تغيرات في نمط الأمراض السارية وغير السارية، مع تحول تدريجي نحو زيادة وقوع وانتشار الأمراض غير السارية.
- تزايد التطلعات إلى الرعاية الصحية الجيدة نتيجة لزيادة معدل التعلم، وأنشطة التثقيف الصحي وتعزيز الصحة.

- نشوء طلبات صحية جديدة بسبب البث السريع للمعارف الطبية والصيدلانية والتقنية، وبسبب التحضر والتغيرات الديمغرافية.

(ب) عجز النظم الصحية الوطنية، في القطاعين العام والخاص، عن تلبية الطلب على الخدمات الصحية في معظم البلدان. ومن المؤكد أن اتساع الفجوة بين الطلب على الخدمات الصحية والمعروض منها في النظام الصحي الوطني، سيكون على حساب أشد الفئات فقراً واستضعافاً، والتي هي أشد الفئات حاجة إلى الرعاية الصحية في معظم بلدان الإقليم، ولا سيما أقل هذه البلدان نمواً. ويتأثر أداء النظم الصحية تأثراً سلبياً بسوء السياسات، وقلة الموارد المتاحة للرعاية الصحية الأولية ونقص المديرين الأكفاء في مختلف مستويات النظام الصحي.

- عدم القيام دائماً بترجمة الدعم السياسي لمسيرة الصحة للجميع على أعلى المستويات الرسمية إلى دعم مالي قوي على مستوى الرعاية الصحية الأولية. ولا تزال مستشفيات المستوى الثالثي تستحوذ على معظم نفقات القطاع العام الصحية. ويمكن في الغالب للمجتمعات الحضرية القوية وذات النفوذ القوي الحصول على موارد محولة من الرعاية الثالثية.
- الحاجة إلى تقوية مشاركة المجتمع والتعاون والتنسيق بين القطاعات باعتبارهما من الأعمدة الأساسية لبرامج الرعاية الصحية الأولية. وينبغي للمشاريع الناجحة لتلبية الاحتياجات التنموية الأساسية في إقليم شرق المتوسط أن تكون هي الملاط الذي يشد هذه الأعمدة بعضها إلى بعض.
- الحاجة إلى إبراز دور الأسر في حفظ الصحة وتعزيزها وفقاً للقيم الاجتماعية والثقافية السائدة في الإقليم. علماً بأن من الأهمية بمكان حفظ هذا الدور في حالات الاعتماد على الغير، كما في الشيخوخة.
- زيادة الضغط على الموارد الصحية زيادة لم تعهد من قبل بسبب العبء المضاعف للأمراض السارية وغير السارية، الناجم عن التحوُّل الوبائي الذي تمر به معظم بلدان الإقليم. ووفقاً للتقديرات التي أجريت للعبء العالمي للأمراض، فسوف يواجه الإقليم زيادةً في الأمراض غير السارية، ولا سيما الأمراض القلبية الوعائية، والسكري، والسرطان، ومشكلات الصحة النفسية، والإصابات، وحوادث المرور على الطرق. وتعد معدلات التخلف العقلي والصرع في الإقليم من أعلى المعدلات في العالم.
- استمرار تدهور البيئة وما يترتب عليه من آثار سلبية على الصحة، والذي من شأنه أن يستفحل مع غياب مراقبة رسمية قوية وحصول تغير هام في مواقف وممارسات السكان الذين لم يتم إعلامهم وتبصيرهم.

موجز للسياسة الاستراتيجية الإقليمية لتوفير الصحة للجميع

سيظل توفير الصحة للجميع المرمى المنشود في القرن الحادي والعشرين على نحو ما كان خلال ربع قرن سبق. ولا يزال الهدف الرئيسي لمسيرة توفير الصحة للجميع هو «التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، كأحد الحقوق الأساسية لكل إنسان». وقد كانت الرعاية الصحية الأولية هي الأسلوب الذي أخذ به لبلوغ مرمى توفير الصحة للجميع، وسيبقى هو الأسلوب الرئيسي المتبع في المستقبل. وقد أخذت جميع بلدان إقليم شرق المتوسط بنظم صحية تقوم على الرعاية الصحية الأولية التي تشتمل على ثمانية عناصر أساسية على الأقل. وقد حقق العديد من بلدان الأقليم إنجازات كبيرة في ما يتعلق بالأهداف المقررة. غير أن بعض البلدان قد واجهتها عراقيل على هذا الدرب، منها ضعف الالتزام السياسي، وبطء النمو الاقتصادي، وضعف مشاركة المجتمع، وقصور التنسيق بين القطاعات. ثم إن الحروب والصراعات الأهلية التي تعانيها بعض بلدان الأقليم قد جعلت من الصعب تنفيذ ما يلزم من برامج في إطار نظام صحي مضمون الاستمرار. كما وقعت تغيرات عديدة، ديموغرافية، وسياسية، وتكنولوجية، واقتصادية، واجتماعية في بعض البلدان، فأسهمت بدورها في تدني مستوى منجزاتها.

هذا، وقد أدى ظهور بعض الأمراض المستجدة، كالإيدز والعدوى بفيروسه، وانبعاث أمراض أخرى من بعد هجوعها، كالسل والملاريا، إلى انتكاس أنشطة المكافحة المتكاملة للأمراض. كما أن تغير أنماط الحياة، ولا سيما الزيادة في معاقرة التبغ والمسكرات ومواد الإدمان، والإفراط في الأكل، وتناول الأطعمة غير الصحية، مع عدم القيام بالتمارين الرياضية، قد زاد من وقوعات الأمراض غير السارية، ولا سيما الأمراض القلبية والوعائية، والسرطان، والسكري، والسمنة. وقد أدت أنماط الحياة الجديدة إلى زيادة حوادث السيارات، والحوادث في المنازل، وأماكن العمل، وأماكن الاستجمام.

وعلى الرغم من أن الاتجاهات الجديدة لعَوْلَمة التجارة، والسفر، والسلع، والتكنولوجيا، والاتصال، بل حتى الرعاية الصحية، قد تؤدي إلى الكثير من الفوائد، إلا أنها يمكن كذلك أن تؤثر تأثيراً خطيراً في صحة ورفاه شعوب البلدان النامية والفقيرة التي لا يتأتى لها التنافس على قدم المساواة مع البلدان الصناعية المتقدمة في هذه الميادين.

علماً بأن سياسات واستراتيجيات توفير الصحة للجميع في إقليم شرق المتوسط خلال القرن الحادي والعشرين سوف تحكمها القيم المتأصلة في ثقافة الأقليم، وسوف تعنى بمشكلات الأقليم الصحية ذات الأولوية على نحو مقبول معنوياً وأخلاقياً، ومجد

اقتصادياً، وتقنياً وإدارياً، مع مشاركة كاملة من قبل المجتمع. وتتمثل الملامح الرئيسية لهذه السياسة والاستراتيجية في جملة من القيم، منها ما يلي:

- الصحة حق أساسي؛
- العدالة والإنصاف؛
- الاعتبارات الأخلاقية وللتراث الديني يصونان كرامة الإنسان ونزاهته؛
- التضامن هو مفتاح النجاح للجهود العالمية في ميدان الصحة؛
- مشاركة المجتمع تضمن الاستمرارية للرعاية الصحية والفعالية للمداخلات الصحية؛
- لا بد من وجود منظور يراعي الجِنْسَيْن (الذكور والإناث)؛

والنظم الصحية القائمة على هذه القيم هي نظم مضمونة الاستمرار ومن شأنها تلبية احتياجات الناس، وتوفير الرعاية الصحية لهم طوال عمرهم؛ وتوفير الرعاية الصحية التعزيزية، والوقائية، والعلاجية، والتأهيلية الشاملة لهم على أساس من العدالة. ومن شأن القوانين واللوائح المنظمة لعمل هذه النظم أن تضمن العدالة للجميع. ومن شأن الوقاية من أهم الأمراض السارية وغير السارية والإصابات أن تقلل من معاناة الإنسان وتزيد من عافيته وتطيل من عمره وتسهم في التنمية الاجتماعية ـ الاقتصادية.

ولا بد من التعاون والتضامن بين جميع بلدان الإقليم من أجل تنفيذ هذه السياسة والاستراتيجية بنجاح. ويمكن تحقيق التعاون والتضامن بطرق مختلفة، منها تقاسم الموارد، والمعارف، والمعلومات، والعمل معاً في المراكز المتعاونة المتميزة، وتبادل المعلومات الوبائية المفيدة سريعاً في حالات الكوارث والأوبئة.

ثم إن دور المنظمة ومكاتبها الإقليمية والقطرية كمراكز مرجعية تقنية، ومراكز للمعلومات في ما يتعلق بجميع الظروف الصحية العمومية، من شأنه ضمان التدخل المناسب والآني لمنفعة الجميع. وسوف تعمل مكاتب المنظمة على دعم البرامج الصحية الوطنية وفقاً للأولويات الصحية الوطنية في جميع ميادين تطوير النظم الصحية، بما في ذلك تعزيز الصحة وحفظها، والوقاية من الأمراض، والرعاية الطبية، والتأهيل.

ومن الضروري للبلدان في القرن الحادي والعشرين أن تركز جهودها، بدعم من المنظمة، على ما يلي:

- إنشاء نظم صحية وطنية مضمونة الاستمرار تقوم على الرعاية الصحية الأولية وتقدم الرعاية الصحية التعزيزية، والوقائية، والعلاجية، والتأهيلية؛
- مواصلة التأكيد على أهمية الرعاية الصحية الأولية بوصفها المفهوم الرئيسي للرعاية الصحية الجيدة والمضمونة الاستمرار والمدخل الرئيسي لتوفير هذه الرعاية للأفراد والعائلات؛

- الأخذ بأسلوب تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية في تنمية المجتمعات المحلية، بما في ذلك تنميتها صحياً؛
- إعداد توليفة مناسبة من الموارد البشرية في ضوءِ السياسات والخطط الجيدة الصياغة، والبرامج التدريبية المجتمعية التوجُّه والمرتكَز، وإدارة الموارد البشرية، التي تكون تنمية القيادات أحد مقوماتها الهامة؛
- استخدام الصحة جسراً للسلام في حالات الحرب، والمنازعات، والطوارىء؛
- التعاون مع سائر وكالات الأمم المتحدة، والمنظمات اللاحكومية، والصناديق والبنوك الإقليمية، على ضمان التمويل الكافي لأنشطة الصحة للجميع؛
- استئصال بعض أكثر الأمراض السارية وغير السارية انتشاراً أو التخلص منها أو مكافحتها؛
- الأخذ بأنماط الحياة الصحية، والعيش الصحي بمنجاة من أضرار المسكرات، والمخدرات، والتبغ، والحد من التعرض للإصابات، وأعمال العنف، والحوادث؛
- وقف المزيد من تدهور البيئة الفيزيائية، بتوفير إمدادات الماء الصالح للشرب، والإصلاح، وتهيئة البيئة الخالية من التلوث.

الباب الثاني
مبادىء عامة في علم الإدارة الصحية

الفصل السابع: الرعاية الصحية في إقليم شرق المتوسط

الفصل الثامن: المرافق الصحية: العيادات الخارجية

الفصل التاسع: المرافق الصحية: المستشفيات

الفصل العاشر: الموارد البشرية الصحية

الفصل الحادي عشر: تمويل الخدمات الصحية

الفصل الثاني عشر: عملية وطرق التخطيط

الفصل الثالث عشر: ارتجاع المعلومات والرصد والتقسيم

الفصل الرابع عشر: الجوانب القانونية للرعاية الصحية

الفصل الخامس عشر: نظام المعلومات

الفصل السادس عشر: التغيير وإصلاح القطاع الصحي

الفصل السابع عشر: إدارة وضبط الجودة في الرعاية الصحية

الفصل الثامن عشر: منظمة الصحة العالمية: نبذة موجزة

الفصل التاسع عشر: تقرير اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية

الفصل العشرون: تطلعات وتوقعات في الإدارة الصحية

الفصل السابع
الرعاية الصحية في إقليم شرق المتوسط

التعريف

تعتبر الرعاية الصحية الأولية المدخل الأول للنظام الصحي في الدولة، فمن خلالها يدخل صاحب الحاجة الصحية النظام الصحي لتلبية حاجته، أكان ذلك من خلال مستوصف، أو مركز صحي، أو عيادة طبيب، أو من خلال العيادات الخارجية لمستشفى أو من خلال غرفة الطوارىء. فمن خلال أحد هذه المرافق الصحية، يحاول صاحب الحاجة الصحية أن يحصل على الرعاية الصحية، وغالباً ما يلبى هذا الطلب من خلال المرفق الصحي بنسبة حوالي 90% من الحالات.

كما أن الرعاية الصحية الأولية هي المستوى الأول والأساسي لنظام الإحالة في النظام الصحي، ففي حال وجدت ضرورة تقتضي إحالة صاحب الحاجة الصحية إلى مستوى أعلى من الرعاية الصحية، يحال المريض إلى المستشفى العام أو إلى العيادات التخصُصية، وهي تمثل الرعاية الصحية ذات المرتبة الثانية، ومنها أيضاً إلى المستشفيات المتخصصة إذا ما احتاج إلى رعايةٍ أكثر دقة تتطلّب رعاية أشمل نظراً لحاجته الصحية. وهذه تعتبر الرعاية الصحية ذات المرتبة الثالثة.

إضافة إلى ما ذكر، فإن الرعاية الصحية الأولية تشمل عدة مفاهيم ومنهجية للرعاية الصحية، تعتبر غايات يتمنى الوصول إليها.

فالرعاية الصحية الأولية تؤكد على أهمية تعزيز الصحة واعتماد سلوكيات صحية غير منافية للصحة. كما أنها تعتمد على الوقاية من الأمراض قدر الإمكان، إضافة إلى الرعاية العلاجية والتأهيلية، كما تؤكد الرعاية الصحية الأولية على مبادىء أساسية لدعم الرصيد الصحي عند المرء، من خلال رعاية متواصلة متكاملة ذات بعدٍ زمني تتمثل في اعتماد حجم الأسرة، والاهتمام بالنواحي الصحية والنفسية والاجتماعية. فالرعاية هي تواصل مستمر بين صاحب الحاجة الصحية ومقدم الرعاية الصحية.

ولتحقيق هذه الأهداف، تؤكد الرعاية الصحية الأولية على أهمية التنسيق بين القطاعات في الدولة، وبين تضافر جهود هذه القطاعات وتفعيل دور المجتمع، وتأكيد

دور المرأة وتعزيزه، فهي تحاول تلبية رغبات أفراد المجتمع لتحقيق أغراضه الصحية وتطويره. وبما أن متطلبات المجتمع هي دوماً في حالة تغيير وتطوير، لذلك من المفترض أن تتناغم برامج الرعاية الصحية الأولية مع حاجات المجتمع.

إذن فالرعاية الصحية الأولية هي أيضاً منهجية لتلبية حاجات المجتمع، وهي فلسفة تؤكد على شمولية الرعاية الصحية، وعلى تنظيمها من خلال نظام إحالة يحصل من خلاله صاحب الحاجة الصحية على حاجته في أقرب مركز أو مرفقٍ للرعاية الصحية بسهولة ومن دون أيّة عوائق، فتتعزَّز الصحة بمفهومها الواسع والأشمل (حسب تعريف الصحّة لمنظمة الصحة العالمية).

أورد الباحث البريطاني داوسن Dawson تعبير الرعاية الصحية الأولية عام 1924 في تقريرٍ ساهم في بلورة النظام الصحي البريطاني عام 1948. وقد أثبتت الرعاية الصحية الأولية بُعْدها المهم عندما أقر مؤتمر المآآتا عام 1978 الرعاية الصحية الأولية كوسيلة بلوغ الصحة للجميع بحلول عام 2000. وقد صدقت توصيات هذا المؤتمر على هذه المنهجية للرعاية الصحية الأولية وقام بتعريفها وأقر برامجها.

ومن خلال اعتماد الرعاية الصحية الأولية كمدخلٍ لبلوغ الصحة للجميع بحلول عام 2000 أكدت دول العالم مجدداً بأن الصحة هي حقٌ من حقوق الإنسان، ومن حقوق المواطن على الدولة أن توفره وتؤمنه حسب قدراتها.

ومنذ العام 1978 أخذت معظم الدول في العالم بمنهجية الرعاية الصحية الأولية فأدخلت البرامج الصحية التي تلبي حاجات كل مجتمع وراحت تضيف عليها برامج جديدة لمواكبة التغييرات وأولويات الصحة في كل بلد أو منطقة. فكانت أول البرامج تعنى بالتمنيع أو التحصين ضد أمراض الطفولة، وأهمية التغذية للطفل والأم الحامل، والرضاعة الطبيعية، وعلاج الإسهال وسبل تنظيم الأسرة. كما أن برامج الرعاية الصحية الأولية تؤكد حالياً على أهمية السلوكيات المعززة للصحة وسبل درء الأمراض غير الانتقالية مثل أمراض السكري وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب والأورام، كما تشدِّد على أهمية العناية بالمسنين وأصحاب الحاجات الصحية المزمنة والطويلة الأمد خاصة في منازلهم وبرعاية أفراد الأسرة (كما سنرى لاحقاً).

أهمية السلوكيات المعززة للصحة

تبرز منهجية الرعاية الصحية الأولية أهمية دعم الرصيد الصحي للفرد أو للمجموعة من خلال المحافظة على التوازن الصحي، ومنع اختلال الميزان الصحي واستعادة هذا التوازن كلما اختل لسببٍ أو لآخر. ويتعزز الرصيد من خلال الحالة التغذوية، والمناعة واللياقة البدنية والمقدرة على التلازم مع الكروب (الأمراض النفسية) والمقدرة على العناية بالذات. فهذه العوامل تساعد في المحافظة على التوازن البدني والنفسي

والاجتماعي للفرد أو للمجموعة، وتبقي على الميزان الصحي في حالة ديناميكية لحفظ الصحة وتعزيزها والوقاية من الأمراض ومكافحتها عند حصولها.

ولضمان مقدرة الجسم على تعزيز الميزان الصحي وإعادة توازنه عند اختلاله تؤكد الرعاية الصحية الأولية على أهمية السلوكيات الفردية، وهذه هي عادات شخصية أو أنماطٍ سلوكية يداوم المرء عليها لمدةٍ طويلة. والأمثلة على السلوكيات المعززة للصحة كثيرة منها التغذية المتوازنة والنظافة الشخصية، والرياضة واللياقة البدنية، والنوم الكافي، والعناية بصحة الفم، وتنظيم الحمل عند السيدات، وتفريج الكروب.

أما الأمثلة على السلوكيات المنافية أو المضرة بالصحة فهي أيضاً كثيرة منها التدخين، ومعاقرة الخمر، وتناول المسكرات والمخدرات وممارسة الفاقة في الأمور الجنسية، والعنف والمخاطرة والكرب النفساني، وسوء التغذية والسمنة.

وفي منطقة شرق الأبيض المتوسط، مهبط الأديان السماوية، وحيث للدين مكانة مرموقة قد تتجاوز في أهميتها المناطق الأخرى في العالم، فإن أنماط الحياة الصحية التي تؤكدها الأديان السماوية، تساند اعتماد السلوكيات المعززة للصحة. وقد أوردنا في الجدول رقم (1) بعض أنماط الحياة الصحية الإسلامية لتأكيد هذه الأمور.

أنماط الحياة الصحية الإسلامية

1. الصحةُ نعمةٌ من أعظم نعم الله عز وجل، بل هي أعظم نعمةٍ بعد الإيمان، وهي ـ مع الأمن والحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية ـ ضمانُ الحياة الطيبة.	ـ قال ﷺ: «نِعْمَتان، مَغْبون فيهما كثيرٌ مِنَ الناس: الصِحَّةُ والفَراغ» ـ قال ﷺ: «ما أوتِيَ أَحَدٌ بَعْدَ اليَقينِ خَيْراً مِنْ مُعافاةٍ» ـ قال ﷺ: «مَنْ أَصْبَحَ مِنْكُم آمِناً في سِرْبِهِ، مُعافىً في جَسَدِه، عِنْدَهُ قُوتُ يَوْمِهِ، فَكَأَنَّما حِيزَتْ لَهُ الدُّنْيا بِحَذافيرِها».
2. والمحافظة على نعمة الصحة والاستزادة منها تكون بشكرها، وذلك بالعمل على حفظها وتعزيزها، وبعدم انتهاج سلوك أو الإقدام على تصرف يؤدي إلى التفريط بها أو تبديلها وتغييرها، فإن ذلك التبديل أو التغيير يؤدي إلى زوال نعمة الصحة، والعقوبة بالمرض.	ـ قال تعالى: ﴿لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ﴾ [إبراهيم: 7] ـ قال تعالى: ﴿ذَٰلِكَ بِأَنَّ ٱللَّهَ لَمْ يَكُ مُغَيِّرًا نِّعْمَةً أَنْعَمَهَا عَلَىٰ قَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا۟ مَا بِأَنفُسِهِمْ﴾ [الأنفال: 53] ـ قال تعالى: ﴿وَمَن يُبَدِّلْ نِعْمَةَ ٱللَّهِ مِنۢ بَعْدِ مَا جَآءَتْهُ فَإِنَّ ٱللَّهَ شَدِيدُ ٱلْعِقَابِ﴾ [البقرة: 211].
3. والتغذية الصحية هي التغذية المتوازنة، تحقيقاً للميزان الذي وضعه الله في كل شيء.	ـ قال تعالى: ﴿وَوَضَعَ ٱلْمِيزَانَ ۝٧ أَلَّا تَطْغَوْا۟ فِى ٱلْمِيزَانِ ۝٨ وَأَقِيمُوا۟ ٱلْوَزْنَ بِٱلْقِسْطِ وَلَا تُخْسِرُوا۟ ٱلْمِيزَانَ ۝٩﴾ [الرحمٰن: 7-9].
4. وتحرِّي الغذاء الطيب واجتنابُ الغذاء الخبيث.. ضمانةٌ للصحة.	قال تعالى: ﴿كُلُوا۟ مِن طَيِّبَٰتِ مَا رَزَقْنَٰكُمْ﴾ [البقرة: 172] قال تعالى: ﴿كُلُوا۟ مِمَّا فِى ٱلْأَرْضِ حَلَٰلًا طَيِّبًا﴾ [البقرة: 168]. قال تعالى: ﴿وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ ٱلْخَبَٰٓئِثَ﴾ [الأعراف: 157].
5. والامتناع عن الغذاء الطيب، بلا مبرِّر مشروع، أمرٌ مُنافٍ للصحة، ولا يسمح به الإسلام.	ـ قال تعالى: ﴿لَا تُحَرِّمُوا۟ طَيِّبَٰتِ مَآ أَحَلَّ ٱللَّهُ لَكُمْ﴾ [المائدة: 87].

6. والتغذية الصحيةُ هي أولاً التغذية المتوازنة من حيث الكَمّ؛ فالإسراف في الغذاء مضرٌ بالصحة، لما يؤدي إليه من أمراض فرط التغذية (أمراض المَتْخَمَة) وهو مخالف لتعاليم الإسلام.	ـ قال تعالى: ﴿وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا﴾ [الاعراف: 31]. ـ قال تعالى: ﴿كُلُوا مِن طَيِّبَاتِ مَا رَزَقْنَاكُمْ وَلَا تَطْغَوْا فِيهِ﴾ [طه: 81]. ـ قال ﷺ: «ما مَلأَ آدَمِيٌ وِعاءً شَرّاً مِنْ بَطْنِهِ؛ بِحَسْبِ ابْنِ آدَمَ لُقَيْماتٌ يُقِمْنَ صُلْبَهُ» ـ قال ﷺ: «إن أكثر الناس شِبَعاً في الدنيا، أطوَلُهم جوعاً يوم القيامة». قال ﷺ: «طَعَامُ الواحِدِ يَكْفِي الاثْنَينِ، وطَعَامُ الاثْنَيْنِ يَكْفِي الأَرْبَعَةَ، وَطَعَامُ الأَرْبَعَةِ يَكْفِي الثَّمَانِيَةَ» قال ﷺ: «المُؤْمِنُ يَأكُلُ في مِعَىً واحِدٍ والكافِرُ يَأْكُلُ في سَبْعَةِ أمْعاء»
7. والتغذيةُ الصحيةُ هي ثانياً التغذيةُ المتوازنة من حيث المحتوى؛ وهي تشتمل على مزيج من مختلف أنواع الأغذية التي أنعم الله بها على عباده، لسد حاجة الجسم من البروتينات والدهنيات والسكريات والأملاح والفيتامينات وغيرها.	ـ قال تعالى: ﴿وَالْأَنْعَامَ خَلَقَهَا لَكُمْ فِيهَا دِفْءٌ وَمَنَافِعُ وَمِنْهَا تَأْكُلُونَ ۝﴾ [النحل: 5] ـ قال تعالى: ﴿وَالْبُدْنَ جَعَلْنَاهَا لَكُم مِّن شَعَائِرِ اللَّهِ لَكُمْ فِيهَا خَيْرٌ﴾ [الحج: 36] ـ قال تعالى: ﴿وَهُوَ الَّذِي سَخَّرَ الْبَحْرَ لِتَأْكُلُوا مِنْهُ لَحْمًا طَرِيًّا﴾ [النحل: 14] ـ قال تعالى: ﴿يُنبِتُ لَكُم بِهِ الزَّرْعَ وَالزَّيْتُونَ وَالنَّخِيلَ وَالْأَعْنَابَ وَمِن كُلِّ الثَّمَرَاتِ﴾ [النحل: 11] ـ قال تعالى: ﴿نُّسْقِيكُم مِّمَّا فِي بُطُونِهِ مِن بَيْنِ فَرْثٍ وَدَمٍ لَّبَنًا خَالِصًا سَائِغًا لِّلشَّارِبِينَ﴾ [النحل: 66] ـ قال تعالى: ﴿يَخْرُجُ مِن بُطُونِهَا شَرَابٌ مُّخْتَلِفٌ أَلْوَانُهُ فِيهِ شِفَاءٌ لِّلنَّاسِ﴾ [النحل: 69] ـ قال تعالى: ﴿كُلُوا مِن ثَمَرِهِ إِذَا أَثْمَرَ﴾ [الانعام: 141] ـ قال تعالى: ﴿وَأَخْرَجْنَا مِنْهَا حَبًّا فَمِنْهُ يَأْكُلُونَ﴾ [يس: 33].
8. ويفضل الإسلام الأغذية الكاملة، فيرجح مثلاً استعمال الدقيق الكامل على الدقيق المنخول.	ـ عن أُمّ أَيْمَنَ أنها غَرْبَلَتْ دقيقاً فَصَنَعَتْهُ للنبيّ ﷺ رَغيفاً فقال: ما هذا؟ فقالتْ: طَعامٌ نَصْنَعُهُ بأَرْضِنا فَأَحْبَبْتُ أن أَصنَعَ مِنْهُ لَكَ رَغيفاً؛ فَقالَ: رُدّيهِ فِيهِ ثُمَّ اعْجِنِيهِ.
9. ولا يجوز تناول ما نص أهل الذكر من الأطباء على أن من شأنه أن يُحدث الضرر لأن في ذلك عدواناً لا يجوز.	ـ قال تعال: ﴿لَا تُحَرِّمُوا طَيِّبَاتِ مَا أَحَلَّ اللَّهُ لَكُمْ وَلَا تَعْتَدُوا﴾ [المائدة: 87].
10. ويأمر الإسلام بسَتْر الطعام وعدم تعريضه إلى التلوث.	ـ قال ﷺ: «غَطّوا الإناء» ـ قال ﷺ: «خَمِّرُوا [غطُوا] الطَعام والشَراب».
11. والماءُ الذي ينزله الله من السماء طاهرٌ نظيف، صالحٌ للشرب وللتطهير والتنظيف.	ـ قال تعالى: ﴿أَنزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً لَّكُم مِّنْهُ شَرَابٌ﴾ [النحل: 10] ـ قال تعالى: ﴿وَأَنزَلْنَا مِنَ السَّمَاءِ مَاءً طَهُورًا﴾ [الفرقان: 48] ـ قال تعالى: ﴿وَيُنَزِّلُ عَلَيْكُم مِّنَ السَّمَاءِ مَاءً لِّيُطَهِّرَكُم بِهِ﴾ [الأنفال: 11].
12. ولا يجوز للمسلم أن يلوّث الماء ولا سيما الماء الراكد، فلا يحل له أن يبول فيه، ولا يتبرز فيه، ولا حتى أن يغتسل فيه إن كان راكداً.	ـ قال ﷺ: «لا يَبُولَنَّ أَحَدُكَم في الماء الرّاكِد» ـ قال ﷺ: «لا تَبُلْ في الماء الدائِمِ [الراكِدِ] الّذي لا يَجْري ثُمَّ تَغْتَسِلُ مِنْهُ».

	ـ قال ﷺ: «لا يَغْتَسِلَنَّ أَحَدُكُمْ في مُسْتَحَمِّهِ ثم يغتسل فيه» ـ قال ﷺ: «لا يَغْتَسِلَنَّ أَحَدُكُمْ في الماءِ الدائِمِ [الراكد] وَهُوَ جُنُبٌ» ـ قال ﷺ: «اتقوا المَلاعِنَ الثَّلاثَ: البِرازَ في المَوارِدِ وقارِعَةِ الطَريقِ والظِلِّ»
13. وعلى المسلم أن يحفظ الماء من أن تسقط فيه الحشرات المؤذية وغيرها مما ينقل عوامل المرض.	ـ قال ﷺ: «أَوْكُوا الأَسْقِيَةَ وخَمِّرُوا [غطوا] الطَعَامَ والشرَاب»
14. والنظافةُ العامة ركنٌ من أركان الصحة يأمر به الإسلام، وذلك بالاغتسال (غُسل الجمعة وغُسل الجنابة) وبالوضوء مراراً كل يوم.	ـ قال ﷺ: «الطُّهورُ شَطْرُ الإيمان» ـ قال ﷺ: «حَقٌّ الله على كُلِّ مُسْلِمٍ أَنْ يَغْتَسِلَ في كُلِّ سَبْعَةِ أيَّام: يَغْسِلُ رَأْسَهُ وَجَسَدَهُ». ـ قال تعالى: ﴿وَإِن كُنتُمْ جُنُبًا فَٱطَّهَّرُوا۟﴾ [المائدة: 6] ـ قال ﷺ: « لا يُحَافِظُ على الوُضُوءِ إلاّ مُؤْمِنٌ»
15. وينبغي في نظر الإسلام أن تُغسل اليدان عند ملامسة كل شيء قذر أو ملوّث، وكذا قبل الطعام وبعده. ويُكرِّر غسلُ اليدين حين الوضوء للصلاة، غسْلاً جيداً.	ـ قال ﷺ: «مَنْ باتَ وفي يَدِهِ ريحُ غَمَرٍ [دَسَم] فَأَصابَه شَيْءٌ فلا يَلُومَنَّ إلاّ نَفْسَهُ» ـ «كان ﷺ إذا أرادَ أَنْ يَأْكُل غَسَلَ يَدَيه» ـ «صَحّ أنه عليه الصلاة والسلام، أَكَلَ كَتِفَ شاةٍ فَمَضْمَضَ وغَسَل يديه» ـ قال تعالى: ﴿إِذَا قُمْتُمْ إِلَى ٱلصَّلَوٰةِ فَٱغْسِلُوا۟ وُجُوهَكُمْ وَأَيْدِيَكُمْ إِلَى ٱلْمَرَافِقِ وَٱمْسَحُوا۟ بِرُءُوسِكُمْ وَأَرْجُلَكُمْ إِلَى ٱلْكَعْبَيْنِ ۚ ٦﴾ [المائدة: 6] ـ قال ﷺ: «إذا تَوَضَّأْتَ فخلِّل بَيْنَ أَصابِعِ يَدَيْكَ وَرِجْليك» ـ قال ﷺ: «نَقُّوا بَراجِمَكُمْ [أي مَفاصِلَ أَصابِعِكُم]»
16. وينبغي كذلك العناية بنظافة الأرجل وغسلها غسلاً جيداً في الوضوء.	ـ قال تعالى: ﴿إِذَا قُمْتُمْ إِلَى ٱلصَّلَوٰةِ فَٱغْسِلُوا۟ وُجُوهَكُمْ وَأَيْدِيَكُمْ إِلَى ٱلْمَرَافِقِ وَٱمْسَحُوا۟ بِرُءُوسِكُمْ وَأَرْجُلَكُمْ﴾ [المائدة: 6] ـ قال ﷺ: «إذا تَوَضَّأْت فَخَلِّلْ بَيْنَ أَصَابِعِ يَدَيْكَ وَرِجْلَيْكَ» ـ قال ﷺ: «وَيْلٌ لِلأَعْقابِ مِنَ النّارِ ... أَسْبِغُوا الوُضُوءَ» ـ قال ﷺ: «أَسْبِغِ الوُضوءَ وخَلِّلْ بَيْنَ الأَصابِعِ» ـ «كان ﷺ إذا تَوَضَّأَ يَدْلُكُ أَصابِعَ رِجْلَيْهِ بِخِنْصِرِهِ»
17. وتجب العناية بنظافة الأذنين بمسحهما مراراً وتنظيفهما من الصملاخ الذي يتراكم في الصماخ (مجرى الأذن)	ـ «صَحَّ أن النبي ﷺ تَوَضّأَ وَمَسَحَ بأُذُنَيْهِ ظاهِرِهِما وَبَاطِنِهِما وَأَدْخَلَ أَصابِعَه فِي صِمَاخِ أُذُنَيْه» ـ «صَحَّ أنّه ﷺ مَسَحَ أُذُنَيْهِ: داخِلَهُما بالسَّبَّابَتَيْنِ وَخَالَفَ إِبْهامَيْهِ إلى ظاهِرِ أُذُنَيْه فَمَسَحَ ظاهِرَهُما وَباطِنَهُما
18. وتجب العناية بنظافة العينين، وذلك بتكرار غسلهما كجزء من الوجه في الوضوء، وبتعهُّد زواياهما (الماقين) التي تتراكم فيها المفرزات العينية الخاصة.	ـ صحَّ أنه ﷺ كانَ يَمْسَحُ المَاقَيْنِ
19. وتنبغي العناية بنظافة الأنف، وذلك باستنشاق الماء في المنخرين، ثم الاستنثار أو التمخط.	ـ قال ﷺ: «إذا تَوَضَّأَ أَحَدُكُمْ فَلْيَسْتَنْشِق بِمَنْخِرَيْه مِنَ الماءِ ثُمَّ لِيَنْتَثِر» ـ قال ﷺ: «اسْتَنْثِرُوا مَرَّتَيْنِ بالِغَتَيْنِ أَوْ ثَلاثاً»
20. ويجب تنظيف مخرج البول، ومخرج البراز، والأعضاء التناسلية بالاستنجاء أو الاستطابة، وهو غسلهما بالماء أو مسحها بالورق أو الحجر.	ـ قال ﷺ: «إذا تَغَوَّطَ أَحَدُكُمْ فَلْيَتَمَسَّحْ ثلاثَ مَرَّات» ـ عن أنس: «كان النبي ﷺ إذا تَبَرَّزَ لِحاجَتِهِ أَتَيْتُهُ بِماءٍ فَيَغْسِلُ بِهِ»

	ـ عن عائشة قالت: «ما رَأَيْتُ رَسولَ الله ﷺ خَرَجَ مِنْ غائِطٍ قَطُّ إلاّ مَسَّ ماءً» ـ قالت السيدة عائشة تُعَلِّم نِساءَ المسلمين: «مُرْنَ أَزْواجَكُنَّ أَنْ يَسْتَطيبوا بالماء فَإنِّي أَسْتَحْييهِمْ، فَإنَّ رَسُولَ الله ﷺ كانَ يَفْعَلُهُ»
21. ويجب تقليم الأظفار، وإزالة الأشعار التي تتراكم فيها الأوساخ، وتعهّد شعر الرأس بالنظافة.	ـ قال ﷺ: «خَمْسٌ مِنَ الفِطْرَةِ: الخِتَانُ، وَحَلْقُ العانَةِ، وَنَتْفُ الإبْطِ، وَتَقْليمُ الأظْفارِ وَأَخْذُ الشارِبِ» ـ قال ﷺ: «قُصّوا أَظافيرَكُمْ وادْفِنوا قُلاماتِكُمْ» ـ قال ﷺ: «مَنْ كانَ لَهُ شَعْرٌ فَلْيُكْرِمْهُ»
22. والمضمضةُ مأمورٌ بها في الإسلام، وهي ضرورية لتنظيف الفم من آثار جميع أنواع الأطعمة التي تسبب تلَف الأسنان.	ـ قال ﷺ: «إذا تَوَضَّأْتَ فَمَضْمِضْ» ـ قال ﷺ: «مَضْمِضُوا مِنَ اللَّبَنِ فَإنَّ لَهُ دَسَماً» ـ «صَحَّ أن النبيَّ ﷺ أَكَلَ كَتِفَ شاةٍ فَمَضْمَضَ» ـ «خرج ﷺ مَرَّةً مَعَ أَصْحابِهِ إلى خَيْبَرَ، ثُمَّ دَعا بأَطْعِمَةٍ، فَلَمْ يُؤْتَ إلا بِسَويقٍ، فَأَكَلُوا وَشَرِبُوا، ثُمَّ دَعا بِماءٍ فَمَضْمَضَ فاهُ»
23. وتنظيف اللثة مأمورٌ به كذلك، وهو ضروري لحمايتها من الأمراض.	ـ قال ﷺ: «نَظِّفُوا لِثاتِكُمْ مِنَ الطَعامِ، وَتَسَنَّنُوا [تسوكوا]»
24. والسواك (أو الاستياك أو التسوُّك) مأمور به كذلك، وهو دَلْك الأسنان بِمِسْواك مناسب (عود أراك أو فرشاة أسنان)، وهو ضروري لحفظ صحة الأسنان واللثة. ويفضَّل الإكثار منه في كل مناسبة، مثل دخول البيت، والوضوء والصلاة، والقيام من النوم، وقبل النوم.	ـ قال ﷺ: «السِواكُ مَطْهَرَةٌ لِلْفَمِ مَرْضاةٌ لِلرَبِّ» ـ قال ﷺ: «لَوْلا أَنْ أَشُقَّ على أُمَّتي لأَمَرْتُهُمْ بالسِواكِ عِنْدَ كُلِّ وَضُوءٍ؛ وفي رواية: مع كُلِّ وُضُوءٍ» ـ «كان ﷺ إذا دَخَلَ بَيْتَهُ بَدَأَ بِالسِوَاكِ» ـ «كان ﷺ إذا قامَ مِنَ اللَّيْلِ يَشُوصُ فَمَهُ بالسِواك» ـ «كان ﷺ يُصَلِّي باللَّيْلِ رَكْعَتَيْنِ رَكْعَتَيْنِ ثُمَّ يَنْصَرِفُ فَيَسْتاكُ» ـ «كان ﷺ لا يَرْقُدُ مِنْ لَيْلٍ ولا نهارٍ فَيَسْتَيْقِظُ إلاّ تَسَوَّكَ قَبْلَ أَنْ يَتَوَضَّأَ»
25. وتقوية الجسم مطلوبة في الإسلام ولا سيما بالرياضات المناسبة.	ـ قال ﷺ: «وَإنَّ لِجَسَدِكَ عَلَيْكَ حَقّاً» ـ قال ﷺ: «المُؤْمِنُ القَوِيُّ خَيْرٌ مِنَ المُؤْمِنِ الضَعيفِ» ـ قال ﷺ: «احْرِصْ عَلى ما يَنْفَعُكَ»
26. والمسكنُ في نظر الإسلام واسطة لضمان السكينة الجسمية والنفسية، وتُشترط فيه النظافة، ويفضَّل فيه الاتساع.	ـ قال تعالى: ﴿وَٱللَّهُ جَعَلَ لَكُم مِّنۢ بُيُوتِكُمْ سَكَنًا﴾ [النحل:80] ـ قال ﷺ: «نَظِّفُوا أَفْنِيَتَكُمْ» ـ قال ﷺ: «أَرْبَعٌ مِنَ السَعادَةِ: المَرْأَةُ الصالِحَةُ والمَسْكَنُ الواسِعُ والجارُ الصالِحُ والمَرْكَبُ الهَنِيءُ»
27. واللباسُ كذلك من نِعَم الله عز وجل، لدفع البرد والحر، وللزينة والتجمّل. ويشترط فيه النظافة والجمال.	ـ قال تعالى: ﴿قَدْ أَنزَلْنَا عَلَيْكُمْ لِبَاسًا يُوَٰرِى سَوْءَٰتِكُمْ وَرِيشًا﴾ [الأعراف: 26] ـ قال تعالى: ﴿وَجَعَلَ لَكُمْ سَرَٰبِيلَ تَقِيكُمُ ٱلْحَرَّ﴾ [النحل:81] ـ قال تعالى: ﴿وَٱلْأَنْعَٰمَ خَلَقَهَا لَكُمْ فِيهَا دِفْءٌ﴾ [النحل:5] ـ قال تعالى: ﴿وَمِنْ أَصْوَافِهَا وَأَوْبَارِهَا وَأَشْعَارِهَآ أَثَٰثًا وَمَتَٰعًا إِلَىٰ حِينٍ﴾ [النحل: 80]

	- قال تعالى: ﴿وَثِيَابَكَ فَطَهِّرْ﴾ [المدثر: 4] - قال ﷺ: «أَمَا كانَ هذا يَجِدُ ماءً يَغْسِلُ بِهِ ثَوْبَهُ» - قال ﷺ: «أَصْلِحُوا ثِيابَكُم» - قال ﷺ: «إِنَّ الله جَميلٌ يُحِبُّ الجَمَالَ»
28. والزواجُ ضروريٌّ لإقامة الأسرة، وتوفير السكينة الجسمية والنفسية والجنسية، وحفظ النوع. ولذلك يحضُّ عليه الإسلام، وينهى عن التبتُّل والرهبانية، ويُرغِب الشباب في الزواج متى توافرت لهم مقوّماته الجسمية والمادية.	قال تعالى: ﴿وَمِنْ ءَايَٰتِهِۦٓ أَنْ خَلَقَ لَكُم مِّنْ أَنفُسِكُمْ أَزْوَٰجًا لِّتَسْكُنُوٓاْ إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُم مَّوَدَّةً وَرَحْمَةً﴾ [الروم: 21] - قال ﷺ: «النِكاحُ من سُنَّتِي فَمَنْ لَمْ يَعْمَلْ بِسُنَّتِي فَلَيْسَ مِنِّي» - قال ﷺ: «وأَتَزَوَّجُ النِساءَ فَمَنْ رَغِبَ عَنْ سُنَّتِي فَلَيْس مِنِّي» - قال ﷺ: «يا مَعْشَرَ الشَبابِ! مَنِ اسْتَطاعَ مِنْكُمُ الباءَةَ فَلْيَتَزَوَّجْ» - «نَهَى رَسول الله ﷺ عَنِ التَبَتُّلِ» - قال ﷺ: «لَمْ أُومَرْ بالرَهْبانِيَّة»
29. ويجعل الإسلام من واجبات المجتمع العملَ على تزويج غير المتزوجين، ويعتبر عدم التزويج طريقاً إلى الفساد الكبير.	- قال تعالى: ﴿وَأَنكِحُواْ ٱلْأَيَٰمَىٰ مِنكُمْ وَٱلصَّٰلِحِينَ مِنْ عِبَادِكُمْ وَإِمَآئِكُمْ﴾ [النور: 32] - قال ﷺ: «إذا جاءَكُم مَنْ تَرْضَوْنَ دِينَهُ وَامانَتَهُ فَزَوِّجُوه! إنْ لا تَفْعَلوا تَكُنْ فِتْنَةٌ في الأرْضِ وَفَسادٌ كَبير»
30. ويعمل الإسلام على توفير الضمانات للزواج الناجح، فيأمر بتحري الدين في الأزواج، ويحث على تزوُّج الوَدود الوَلود، ويأمر بالنظر إلى المخطوبة، ويرغِّب في تقارب سن الزوجين.	- قال ﷺ: «فَاظْفَرْ بِذاتِ الدِين» - قال ﷺ: «تَزَوَّجُوا الوَدُودَ الوَلُودَ» - قال ﷺ: «إذا خَطَبَ أَحَدُكُمُ المَرْأَةَ فَإِنِ اسْتَطَاعَ أَنْ يَنْظُرَ مِنْها إلى ما يَدْعُوهُ إلى نِكاحِهَا فَلْيَفْعَلْ» - قال ﷺ: «انْظُرْ إلَيْها فَذلِك أَحْرى أنْ يُؤْدَمَ بَيْنَكُما» - «خَطَبَ أَبو بَكْرٍ وَعُمَرُ رضي الله عنهما فاطمة [بنت النبي ﷺ] فقال: إنها صغيرةٌ. فَخَطَبَها عَلِيٌّ فَزَوَّجَها مِنْهُ»
31. ويعمل الإسلام على توفير ضمانات صحة النسل، فيأمر بتخيّر الزوجين.	- قال ﷺ: «تَخَيَّرُوا لِنُطَفِكُمْ»
32. ويأمر الإسلام بحصر النشاط الجنسي في إطار الزواج، ويعتبر أيَّ نشاط خارج هذا الإطار عدواناً لا يجوز.	- قال تعالى: ﴿وَٱلَّذِينَ هُمْ لِفُرُوجِهِمْ حَٰفِظُونَ ۝٥ إِلَّا عَلَىٰٓ أَزْوَٰجِهِمْ أَوْ مَا مَلَكَتْ أَيْمَٰنُهُمْ فَإِنَّهُمْ غَيْرُ مَلُومِينَ ۝٦ فَمَنِ ٱبْتَغَىٰ وَرَآءَ ذَٰلِكَ فَأُوْلَٰٓئِكَ هُمُ ٱلْعَادُونَ ۝٧﴾ [المؤمنون: 5-7]
33. ويأمر الإسلام بممارسة النشاط الجنسي كاملاً في الزواج، ويعتبر ذلك عملاً يُؤجَر عليه الزوجان؛ ويوصي بالملاطفة والملاعبة واستثارة الشهوة قبل الجماع؛ ويأمر كلاً من الزوجين بانتظار الآخر حتى يفي شهوته.	- قال ﷺ: «وَفي بُضْعِ أَحَدِكُمْ صَدَقَةٌ!» قالُوا: يا رسول الله أَيَأْتي أَحَدُنا شَهْوَتَهُ وَيَكُونُ لَهُ فِيها أَجْرٌ؟ قال: «أَرَأَيْتُمْ لَوْ وَضَعَها في الحَرَام أَكانَ عَلَيْهِ وِزْرٌ؟ فَكَذَلِكَ إذا وَضَعَهَا في الحلالِ كانَ لَهُ أَجْرٌ» - قال ﷺ: «لا يَقَعَنَّ أَحَدُكُمْ على امْرَأتِهِ كَما يَقَعُ البَعِيرُ وَلْيَكُنْ بَيْنَهُما رَسُولٌ» قيل: وما الرَسُولُ؟ قال: «القُبْلَةُ والكَلامُ» - قال ﷺ: «إذا جَامَعَ أَحَدُكُمُ امْرَأَتَهُ فَلْيَصْدُقْها، فَإنْ قَضى حاجَتَهُ قبل أَنْ تَقْضِيَ حاجَتَها فلا يُعْجِلْها حَتَّى تَقضِيَ حاجَتَها» - قال تعالى: ﴿وَلَهُنَّ مِثْلُ ٱلَّذِى عَلَيْهِنَّ بِٱلْمَعْرُوفِ﴾ [البقرة: 228]

34. ويحرِّم الإسلام الجماع في المحيض، ويبيح جميع الأوضاع الجنسية (أوضاع الجماع) في الزواج ما دامت في الفرج.	ـ قال تعالى: ﴿فَٱعْتَزِلُوا۟ ٱلنِّسَآءَ فِى ٱلْمَحِيضِ﴾ [البقرة: 222] ـ قال تعالى: ﴿نِسَآؤُكُمْ حَرْثٌ لَّكُمْ فَأْتُوا۟ حَرْثَكُمْ أَنَّىٰ شِئْتُمْ﴾ [البقرة: 223] قال ﷺ: «لا تأتُوا النِساءَ في أدْبارِهِنَّ»
35. ومع أن الإسلام يعتبر الإنجاب مقصداً أساسياً من مقاصد الزواج، ويعتبر الأبناء والأحفاد من نِعَم الله، فإنه يسمح بتنظيم الأسرة: إذ يسمح بمنع الحمل باتفاق الزوجين، ويسمح بالمقابل بالسعي إلى علاج العقم لمن لم يُنجب.	ـ قال تعالى: ﴿وَٱللَّهُ جَعَلَ لَكُم مِّنْ أَنفُسِكُمْ أَزْوَٰجًا وَجَعَلَ لَكُم مِّنْ أَزْوَٰجِكُم بَنِينَ وَحَفَدَةً وَرَزَقَكُم مِّنَ ٱلطَّيِّبَٰتِ ۚ أَفَبِٱلْبَٰطِلِ يُؤْمِنُونَ وَبِنِعْمَتِ ٱللَّهِ هُمْ يَكْفُرُونَ﴾ [النحل: 72] ـ قال ﷺ: «تَزَوَّجُوا الوَدُود الوَلُود» ـ قال تعالى: ﴿وَزَكَرِيَّآ إِذْ نَادَىٰ رَبَّهُۥ رَبِّ لَا تَذَرْنِى فَرْدًا وَأَنتَ خَيْرُ ٱلْوَٰرِثِينَ﴾ [الأنبياء: 89] ـ عن جابرٍ قال: «كُنّا نَعْزِلُ على عَهْدِ رَسُولِ الله ﷺ والقُرآنُ يَنْزِلُ» وفي رواية «فَبَلَغَ ذَلِك نَبيَّ الله ﷺ فَلَمْ يَنْهَنا» ـ عَنْ جابرٍ أنَّ رَجُلاً أَتَى رَسولَ الله ﷺ فقال: إنَّ لِي جاريَةً هِيَ خادِمَتُنا وَسَاقِيَتُنا وَأنا أَطُوف عَلَيْها وأَنَا أَكْرَهُ أَنْ تَحْمِلَ... فَقالَ: «اِعزِلْ عنها إن شِئْت فَإنَّه سَيَأتِيها ما قُدِّر لَها»
36. ويأمر الإسلام بأن تقوم العلاقة بين الزوجين على التوادّ والتراحم والتشاور والمعروف، وفي ذلك ضمانٌ للصحة النفسية للزوجين وسائر الأسرة.	ـ قال تعالى: ﴿وَجَعَلَ بَيْنَكُم مَّوَدَّةً وَرَحْمَةً﴾ [الروم: 21] ـ قال تعالى: ﴿وَعَاشِرُوهُنَّ بِٱلْمَعْرُوفِ﴾ [النساء: 19] ـ قال تعالى: ﴿وَأْتَمِرُوا۟ بَيْنَكُم بِمَعْرُوفٍ﴾ [الطلاق: 6] ـ قال ﷺ: «خَيْرُكُمْ خَيْرُكُمْ لأَهْلِهِ» ـ قال ﷺ: «لا تَحْمِلُوا النِساءَ على ما يَكْرَهْنَ» ـ قال ﷺ: «خيارُكُمْ خيارُكُمْ لِنسائِهِمْ» ـ قال ﷺ: «اسْتَوْصُوا بالنِسَاءِ خَيْراً»
37. ويأمر الإسلام بالابتعاد عن أيّ فاحشة، كالزنى واللواط.	ـ قال تعالى: ﴿وَلَا تَقْرَبُوا۟ ٱلْفَوَٰحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَنَ﴾ [الانعام: 151] ـ قال تعالى: ﴿وَلَا تَقْرَبُوا۟ ٱلزِّنَىٰٓ ۖ إِنَّهُۥ كَانَ فَٰحِشَةً﴾ [الإسراء: 32] ـ قال تعالى: ﴿إِنَّكُمْ لَتَأْتُونَ ٱلرِّجَالَ شَهْوَةً مِّن دُونِ ٱلنِّسَآءِ ۚ بَلْ أَنتُمْ قَوْمٌ مُّسْرِفُونَ﴾ [الأعراف: 81] ـ قال ﷺ: «إن أَخْوَفَ ما أَخافُ على امتي عَمَلَ قَوْمِ لُوطٍ»
38. والمرأة عرضةٌ للمرض أكثر من سواها لما تتعرض إليه مما يضعف بنيتها، ولذلك يوصي الإسلام بالعناية بها، ويشدد في إعطائها حقَّها؛ والرعايةُ الصحيةُ الكاملةُ مِنْ حقِّها ولا بُدّ.	ـ قال تعالى: ﴿حَمَلَتْهُ أُمُّهُۥ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ﴾ [لقمان: 14] ـ قال ﷺ: «اللهم إنّي أُحَرِّجُ حقَّ الضَعيفَيْنِ: اليَتِيمِ وَالمَرْأةِ» ـ قال ﷺ: «اسْتَوْصُوا بالنِساءِ خَيْراً»
39. ولا يسمح الإسلام بتشويه جسد المرأة لأي سبب كان، فعملية التَّبْتيك التي تُمارَس باسم ختان الانثى تغييرٌ لخلق الله، ملعونٌ فاعله، ولا يُجيزه نصٌّ صحيح، لا سيّما وانه يعرِّض المرأة إلى مضاعفات صحية رهيبة.	ـ قال تعالى: ﴿وَإِن يَدْعُونَ إِلَّا شَيْطَٰنًا مَّرِيدًا ﴿١١٧﴾ لَّعَنَهُ ٱللَّهُ ۘ وَقَالَ لَأَتَّخِذَنَّ مِنْ عِبَادِكَ نَصِيبًا مَّفْرُوضًا ﴿١١٨﴾ وَلَأُضِلَّنَّهُمْ وَلَأُمَنِّيَنَّهُمْ وَلَءَامُرَنَّهُمْ فَلَيُبَتِّكُنَّ ءَاذَانَ ٱلْأَنْعَٰمِ وَلَءَامُرَنَّهُمْ فَلَيُغَيِّرُنَّ خَلْقَ ٱللَّهِ ﴿١١٩﴾﴾ [النساء: 117-119] ـ قال ﷺ: «لَعَنَ الله....... المغيِّرات خَلْقَ الله»
40. ويشجع الإسلام على الإرضاع من الثدي، فيحافظ على صحة الطفل بتغذيته أفضل تغذية، ويحافظ على	ـ قال تعالى: ﴿وَٱلْوَٰلِدَٰتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَٰدَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ﴾ [البقرة: 233]

صحة الأم بالمباعدة بين الأحمال. وفضلاً عن ذلك لا يمانع الإسلام في تنظيم الحمل حفاظاً على صحة الأم ورضيعها.	ـ قال تعالى: ﴿وَفِصَٰلُهُۥ فِى عَامَيْنِ﴾ [لقمان: 14] ـ قال ﷺ: «اعْزِلْ عَنْها إنْ شِئْت»
41. وللجنين في الإسلام حقُّ الحياة: لا يجوز قتله بأي شكل من الأشكال؛ حتى لو حُكِم على امرأة بالإعدام، تعيَّن تنفيذ الحكم حتى تَلِد بل حتى تُرْضِع.	ـ قال تعالى: ﴿مَن قَتَلَ نَفْسًۢا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِى ٱلْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ ٱلنَّاسَ جَمِيعًا﴾ [المائدة: 32] ـ قال ﷺ في شأن الغامِدِيَّة لِوَلِّيها: «أَحْسِنْ إِلَيْها فإذا وَضَعَتْ فَأْتِني»
42. والطفولة في الإسلام عالم ممتلىء بالبهجة والسعادة والحب، يُقسِم به الله عزَّ وجل، ويتحدث عن الأطفال بأنهم بُشرى وقرَّة عين وزينة الحياة الدنيا.	ـ قال تعالى: ﴿لَآ أُقْسِمُ بِهَٰذَا ٱلْبَلَدِ ۝١ وَأَنتَ حِلٌّۢ بِهَٰذَا ٱلْبَلَدِ ۝٢ وَوَالِدٍ وَمَا وَلَدَ ۝٣﴾ [البلد: 1-3] ـ قال تعالى: ﴿يَٰزَكَرِيَّآ إِنَّا نُبَشِّرُكَ بِغُلَٰمٍ﴾ [مريم: 7] ـ قال تعالى: ﴿فَبَشَّرْنَٰهَا بِإِسْحَٰقَ وَمِن وَرَآءِ إِسْحَٰقَ يَعْقُوبَ﴾ [هود: 71] ـ قال تعالى: ﴿رَبَّنَا هَبْ لَنَا مِنْ أَزْوَٰجِنَا وَذُرِّيَّٰتِنَا قُرَّةَ أَعْيُنٍ﴾ [الفرقان: 74] ـ قال تعالى: ﴿ٱلْمَالُ وَٱلْبَنُونَ زِينَةُ ٱلْحَيَوٰةِ ٱلدُّنْيَا﴾ [الكهف: 46]
43. ورعاية صحة الطفل رحمةٌ به مفروضة في الإسلام، وتضييعُ الطفل بإهدار صحته إثمٌ كبير.	ـ قال ﷺ: «لَيْسَ مِنَّا مَنْ لَمْ يَرْحَمْ صَغِيرَنا» ـ قال ﷺ: «كَفَى بالمَرءِ إِثْماً أَنْ يُضَيِّعَ مَنْ يَقُوتُ» ـ قال ﷺ: «وَالرَجُلُ راعٍ في أَهْلِهِ وَمَسْؤُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ، وَالمَرْأَةُ رَاعِيَةٌ في بَيْتِ زَوْجِها وَوَلَدِه وَمَسْؤُولَةٌ عَنْ رَعِيَّتِها» ـ قال ﷺ: «من كانت لَهُ أُنْثَى فَلَمْ يَئِدْها وَلَمْ يُهِنْها وَلَمْ يُؤْثِرْ وَلَدَه [يعني الذكور] عَلَيْها أَدْخَلَهُ الله الجَنَّةَ»
44. ومن الرعاية الصحية للأطفال تطعيمُهم ضد الأمراض المهلكة، والتفريطُ بذلك نوعٌ من التضييع لهم، بل القتل لهم، وهو خسران مبين.	ـ قال تعالى: ﴿قَدْ خَسِرَ ٱلَّذِينَ قَتَلُوٓا۟ أَوْلَٰدَهُمْ سَفَهًۢا بِغَيْرِ عِلْمٍ﴾ [الأنعام: 140] ـ قال ﷺ: «كَفَى بِالمَرْءِ إِثْماً أَنْ يُضَيِّعَ مَنْ يَقُوتُ»
45. والمعوّقون شريحةٌ مهمةٌ من ضعفاء المجتمع، لا يجوز تعريضُ صحتهم النفسية للسوء بالاستهزاء بهم، وتتعيّن إعانتهم بمختلف الوسائل التي تكفل تأهيلهم وإعادتهم أفراداً صالحين.	ـ قال تعالى: ﴿لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ﴾ [الحجرات: 11] ـ قال ﷺ: «وَتَهْدِي الأَعْمى» ـ قال ﷺ: «وَتُسْمِعُ الأَصَمَّ والأَبْكَمَ حَتَّى يَفْقَهَ» ـ قال ﷺ: «وَبَصَرُك الرَجُلَ الرَديءَ البَصَرِ لكَ صَدَقَة» ـ قال ﷺ: «وَتَرْفَعُ بِشِدَّةِ ذِراعَيْك مَعَ الضَعيفِ» ـ قال ﷺ: «تُعِينُ صانِعاً أوْ تَصْنَعُ لِأخْرَق»
46. ولا يجوز للمسلم أن يتخذ سلوكاً يعرِّضه للخطر أو يُلقي به إلى المهالك، كتعريض نفسه وبيته للحريق، أو تعريض طعامه وشرابه للتلوُّث، وينسحب ذلك على جميع أنواع البلاء (مثل حوادث السيارات وسائر الحوادث).	ـ قال تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوٓا۟ أَنفُسَكُمْ﴾ [النساء: 29] ـ قال تعالى: ﴿وَلَا تُلْقُوا۟ بِأَيْدِيكُمْ إِلَى ٱلتَّهْلُكَةِ﴾ [البقرة: 195] ـ قال ﷺ: «إذا عَرَّسْتُمْ فَاجْتَنِبوا الطَريقَ فَإنَّها طُرُقُ الدَوابِّ وَمَأوى الهَوامِّ بِاللَّيْل» ـ قال ﷺ: «إذا أَوَى أَحَدُكُم إلى فِراشِهِ فَلْيَنْفُضْ فِراشَهُ بِداخِلَةِ إزارِه، فَإنَّه لا يَدْري ما خَلَفَه عَلَيْه» ـ قال ﷺ: «إنَّ هذه النارَ عَدُوٌّ لَكُمْ فإذا نِمْتُمْ فَأَطْفِئُوها عَنْكُمْ» ـ قال ﷺ: «أَطْفِئُوا المَصابيحَ إذا رَقَدْتُمْ، وَغَلِّقوا الأَبوابَ، وأَوْكُوا الأَسْقِيَةَ، وَخَمِّروا [غطوا] الطَعَام والشَراب» ـ قال ﷺ: «لا يَنْبَغي لِمُسْلِمٍ أَنْ يُذِلَّ نَفْسَهُ»، قالوا: وكيفَ يُذِلُّ نَفْسَهُ؟ قال: «يَتَعَرَّضُ مِنَ الْبَلاءِ لِمَا لا يُطِيقُهُ»

47. وللسفر احتياطاته الصحية، فيجب فيه النظافة، والتزود بالزاد المناسب الذي يُتقى به المرض، وينهى فيه عن الوحدة، ويؤمر فيه بالتعجيل في العودة لما فيه من مشقة.	ـ قال ﷺ: «السَفَرُ قِطْعَةٌ مِنَ العَذابِ. يَمْنَعُ أَحَدَكُمْ نَوْمَهُ وَطعامَهُ وَشَرابَهُ، فَإذا قَضى أحدُكُمْ نَهْمَتَهُ مِنْ سَفَرِه، فَلْيُعَجِّلِ الرَّجْعَةَ إلى أَهْلِهِ» ـ قال ﷺ: «... فَأَصْلِحُوا رِحالَكُمْ» ـ قال تعالى: ﴿وَتَزَوَّدُوا فَإِنَّ خَيْرَ الزَّادِ التَّقْوَىٰ﴾ [البقرة: 197] «نهى رَسُولُ الله ﷺ عَنِ الوَحْدَةِ: أَنْ يَبِيتَ الرَّجُلُ وَحْدَه أَوْ يُسافِرَ وَحْدَهُ»
48. والنوم آيةٌ من آيات الله، ويأمر الإسلام بالتمتع بهذه النعمة، ولا سيما في الليل، تسكيناً للنفس وإتاحةً للراحة.	ـ قال تعالى: ﴿جَعَلَ لَكُمُ الَّيْلَ لِتَسْكُنُوا فِيهِ﴾ [يونس: 67] ـ قال تعالى: ﴿وَمِنْ ءَايَٰتِهِۦ مَنَامُكُم بِالَّيْلِ وَالنَّهَارِ وَابْتِغَآؤُكُم مِّن فَضْلِهِۦٓ﴾ [الروم: 23] ـ قال تعالى: ﴿جَعَلَ لَكُمُ الَّيْلَ لِبَاسًا وَالنَّوْمَ سُبَاتًا﴾ [الفرقان: 47] ـ قال ﷺ: «... وَنَمْ، فَإنَّ لِجَسَدِكَ عَلَيْكَ حَقًّا»
49. ويضمن الإسلام الصحة النفسية باتباع السلوك الإسلامي في الأسرة والمجتمع، وهو سلوك يجتنب التشاجر والتشاحن، ويحضُّ على الرضى بقضاء الله، وعدم الغم والكمد عند الكرب، كما يحثُّ على الصبر، والاستعانة بذكر الله وعدم الغضب.	ـ قال ﷺ: «لا تَباغَضُوا وَلاَ تَحاسَدُوا وَلا تَدابَروا وَلا تَقاطَعُوا» ـ قال تعالى: ﴿مَآ أَصَابَ مِن مُّصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِيٓ أَنفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَٰبٍ مِّن قَبْلِ أَن نَّبْرَأَهَآ إِنَّ ذَٰلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ ۝٢٢ لِّكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ ۝٢٣﴾ [الحديد: 22-23] ـ قال ﷺ: «وَاعْلَمْ أَنَّ ما أصابَكَ لَمْ يَكُنْ لِيخْطئك وما أخطأك لَمْ يَكُنْ لِيُصيبَكَ، واعْلَمْ أَنَّ النَصْرَ مَعَ الصَبْرِ، وَأَنَّ الفَرَجَ مَعَ الكَرْبِ وَأَنَّ مَعَ العُسْرِ يُسْراً» ـ قال تعالى: ﴿وَلَمَن صَبَرَ وَغَفَرَ إِنَّ ذَٰلِكَ لَمِنْ عَزْمِ الْأُمُورِ﴾ [الشورى: 43] ـ قال ﷺ: «الصَبْرُ ضِياءٌ» ـ قال ﷺ: «مَنْ يَتَصَبَّرْ يُصَبِّرْهُ الله» ـ قال تعالى: ﴿أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ [الرعد: 28] ـ قال ﷺ: «لا تَغْضَبْ»
50. وينهى الإسلام عن السخرية بالآخرين، وعن الإضرار بالغير إضراراً يشمل أجسامهم ونفسياتهم وسمعتهم، وعن إكراه الناس وقهرهم.	ـ قال تعالى: ﴿لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ عَسَىٰٓ أَن يَكُونُوا خَيْرًا مِّنْهُمْ وَلَا نِسَآءٌ مِّن نِّسَآءٍ عَسَىٰٓ أَن يَكُنَّ خَيْرًا مِّنْهُنَّ﴾ [الحجرات: 11] ـ قال تعالى: ﴿وَيْلٌ لِّكُلِّ هُمَزَةٍ لُّمَزَةٍ ۝١﴾ [الهمزة: 1] ـ قال تعالى: ﴿وَلَا يَغْتَب بَّعْضُكُم بَعْضًا﴾ [الحجرات: 12] ـ قال تعالى: ﴿لَآ إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ﴾ [البقرة: 256] ـ قال تعالى: ﴿أَفَأَنتَ تُكْرِهُ النَّاسَ حَتَّىٰ يَكُونُوا مُؤْمِنِينَ﴾ [يونس: 99] ـ قال تعالى: ﴿لَّسْتَ عَلَيْهِم بِمُصَيْطِرٍ﴾ [الغاشية: 22] ـ قال ﷺ: «لا ضَرَرَ وَلا ضِرارَ» ـ قال تعالى: ﴿وَالَّذِينَ يُؤْذُونَ الْمُؤْمِنِينَ وَالْمُؤْمِنَٰتِ بِغَيْرِ مَا اكْتَسَبُوا فَقَدِ احْتَمَلُوا بُهْتَٰنًا وَإِثْمًا مُّبِينًا﴾ [الأحزاب: 58] ـ قال ﷺ: «إنَّ الله يُعَذِّبُ الَّذينَ يُعَذِّبُون الناسَ في الدُّنْيا» ـ قال ﷺ: «إنَّك إن اتَّبَعْتَ عَوْراتِ الناسِ أفْسَدْتَهم»

المبدأ	الدليل
51. والمسلم يجتنب المسكرات والمخدرات وغير ذلك من أنواع الإثم، أي كلّ ما فيه ضرر للنفس أو المال أو غيرهما، وأشدها المضار والمفاسد الاجتماعية.	ـ قال تعالى: ﴿يَسْـَٔلُونَكَ عَنِ ٱلْخَمْرِ وَٱلْمَيْسِرِ قُلْ فِيهِمَآ إِثْمٌ كَبِيرٌ﴾ [البقرة: 219] ـ قال تعالى: ﴿قُلْ إِنَّمَا حَرَّمَ رَبِّيَ ٱلْفَوَٰحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَنَ وَٱلْإِثْمَ﴾ [الأعراف: 33] ـ «نَهى رسولُ الله ﷺ عن كُلِّ مُسْكِرٍ ومُفَتِّرٍ» ـ قال ﷺ: «ألا إنَّ كُلَّ مُسْكِرٍ حَرامٌ، وَكُلَّ مُخَدِّرٍ حَرامٌ، وما أسْكَرَ كَثيرُه حَرُمَ قَليلُهُ، وما خَمَرَ العَقْلَ فَهُوَ حَرام»
52. والإسلام يحارب التدخين كذلك لما أثبت الطب من أضراره الأكيدة على الصحة، فلا يجوز تعريض النفس له لئلا يَلقى بها إلى التهلكة، ولا إيذاء الآخرين به ولا سيما الأطفال والحوامل.	ـ قال تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوٓاْ أَنفُسَكُمْ﴾ [النساء: 29] ـ قال تعالى: ﴿وَلَا تُلْقُواْ بِأَيْدِيكُمْ إِلَى ٱلتَّهْلُكَةِ﴾ [البقرة: 195] ـ قال ﷺ: «لا ضَرَرَ وَلا ضِرارَ» ـ قال ﷺ: «منْ كَانَ يُؤْمِنُ باللهِ والْيَوْمِ الآخِرِ فلا يُؤْذِ جارَهُ» ـ قال تعالى: ﴿وَٱلَّذِينَ يُؤْذُونَ ٱلْمُؤْمِنِينَ وَٱلْمُؤْمِنَٰتِ بِغَيْرِ مَا ٱكْتَسَبُواْ فَقَدِ ٱحْتَمَلُواْ بُهْتَٰنًا وَإِثْمًا مُّبِينًا﴾ [الأحزاب: 58] ـ قال ﷺ: «لا تُؤذِ جارَكَ وَلَوْ بِقُتارِ قِدْرِكَ»
53. ويأمر الإسلام باتخاذ جميع أسباب الوقاية من الأمراض، بحسب وصية أهل الذكر من الأطباء، لأن التوقي يؤدي إلى الوقاية. ويدخل في هذه الوقاية التطعيمُ لاتقاء الأمراض المعدية، والابتعادُ عن كل مصدر من مصادر العدوى.	ـ قال ﷺ: «وَمَنْ يَتَوَقَّ الشَّرَّ يُوقَهُ» ـ قال ﷺ: «لا ضَرَرَ وَلا ضِرارَ» ـ قال ﷺ: «لا يُورِدُ المُمْرِضُ عَلَى المُصِحِّ» ـ قال ﷺ: «إذا سَمِعْتُمْ بالطاعونِ بِأَرْضٍ فَلا تَدْخُلوها، وَإذا وَقَعَ بِأَرْضٍ وَأَنْتُمْ فيها لا تَخْرُجُوا مِنْها»
54. ويأمر الإسلام بالتداوي من الأمراض، ولا سيما إذا كان التداوي يقي من تطور المرض تطوراً وبيلاً أو من إفضائه إلى أمراض أكثر خطورة.	ـ قال ﷺ: «تَداوَوْا! فَإنَّ الله لَمْ يُنْزِل داءً إلا أنزل لَهُ شِفاءً» ـ قال ﷺ: «لِكُلِّ داءٍ دَواءٌ، فَإذا أُصِيبَ دَواءُ الداء بَرَأ بِإذْنِ الله تعالى» ـ قال ﷺ: «لا يَنْبَغي لِلمُؤْمِنِ أَنْ يُذِلَّ نَفْسَهُ». قالُوا: وَكَيْفَ يُذِلُّ نَفْسَهُ؟ قال: «يَتَعَرَّضُ مِنَ البَلاءِ لِمَا لا يُطِيقُهُ» ـ قيل: يا رَسُولَ الله! أرأَيْتَ رُقًى نَسْتَرْقِيها وَدَواءً نَتَداوَى به وتُقَاةً نَتَّقِيها، هَلْ تَرُدُّ مِنْ قَدَرِ الله شَيْئاً؟ فَقالَ ﷺ: «هي مِنْ قَدَرِ الله»
55. ويأمر الإسلام بالمحافظة على البيئة فينهى عن البغي والإسراف والطغيان في استغلالها دون مبالاة بالموازين، ويحارب على الخصوص الفسادَ الذي يؤدي إلى هلاك الحيوان والنبات، ويشجع الزراعة وكل ما يؤدي إلى إصلاح البيئة وتجديدها، وينشىء محميات بيئية لا يجوز قطع شجرها ولا قتل حيوانها، وينهى عن تلويث البيئة بأي شكل من الأشكال، ويأمر بتنظيفها.	ـ قال تعالى: ﴿وَوَضَعَ ٱلْمِيزَانَ ۝٧ أَلَّا تَطْغَوْاْ فِى ٱلْمِيزَانِ ۝٨﴾ [الرحمٰن: 7-8] ـ قال تعالى: ﴿وَلَا تَعْثَوْاْ فِى ٱلْأَرْضِ مُفْسِدِينَ﴾ [البقرة: 60] ـ قال تعالى: ﴿وَلَا تُطِيعُوٓاْ أَمْرَ ٱلْمُسْرِفِينَ ۝١٥١ ٱلَّذِينَ يُفْسِدُونَ فِى ٱلْأَرْضِ وَلَا يُصْلِحُونَ ۝١٥٢﴾ [الشعراء: 151-152] ـ قال تعالى: ﴿وَلَا تَبْغِ ٱلْفَسَادَ فِى ٱلْأَرْضِ﴾ [القصص: 77] ـ قال تعالى: ﴿وَإِذَا تَوَلَّىٰ سَعَىٰ فِى ٱلْأَرْضِ لِيُفْسِدَ فِيهَا وَيُهْلِكَ ٱلْحَرْثَ وَٱلنَّسْلَ وَٱللَّهُ لَا يُحِبُّ ٱلْفَسَادَ﴾ [البقرة: 205] ـ قال ﷺ: «لا يَغْرِسُ المُسْلِمُ غَرْساً وَلا يَزْرَعٍ زَرْعاً فَيَأْكُلُ مِنْه إنْسان وَلا دابَّةٌ وَلا شَيْءٌ إلاّ كانَتْ لَهُ صَدَقَةٌ» ـ «حَمَى رسولُ الله ﷺ كُلَّ ناحِيَةٍ مِنَ المَدينَةِ بَريداً بَريداً: لا يُخْبَطُ شَجَرُهُ، ولا يُعْضَدُ، إلاّ ما يُساقُ بِهِ الجَمَلُ» ـ «كان ﷺ يَنْهى أنْ يُقْطَعَ مِنْ شَجَرِ المَدينة شَيْءٌ»

	- قال ﷺ: «إنّي أُحَرِّمُ ما بَيْنَ لابَتَيِ المدينة: أن يُقطَعَ عِضاهُها أَوْ يُقْتَلَ صَيْدُها» - قال ﷺ عن وادٍ بالطائف: «إنَّ صَيْدَ وَجٍّ وَعِضَاهَهُ حَرامٌ» - قال ﷺ: «اتَّقوا المَلاعِنَ الثلاث: البِراز في المَوارِدِ، وقارِعَة الطَّريق، والظِلِّ» - قال ﷺ: «إماطَةُ الأذَى عَنِ الطَّريقِ صَدَقَة» - قال ﷺ: «الإيمانُ بِضعٌ وَسَبْعونَ شُعْبَةً... أدْناها إماطَةُ الأذى عَنِ الطَريقِ» - قال ﷺ: «عُرِضَت عَلَيَّ أعمالُ أُمَّتي: حَسَنُها وَسَيِّئُها، فَوَجَدْتُ في مَحاسِنِ أعْمالِها: الأذى يُماطُ عن الطَريق، وَوَجدْتُ في مَساوِىءِ أعْمالِها النُّخَامَة تَكونُ في المَسْجِدِ لا تُدفَنُ» - قال ﷺ: «مَن قَطَعَ سِدْرَةً [يعني دُون مُبَرِّر] صَوَّبَ الله رَأسَهُ في النارِ]
56. ويأمر الإسلام بالمحافظة على صحة المسنّين الجسمية والنفسية، ولا سيما في نطاق الأسرة ففي ذلك عرفانٌ بحق الكبير، وتحقيقٌ للتوقير والإكرام والإحسان.	- قال ﷺ: «لَيْسَ مِنَّا مَنْ لَمْ يَرْحَمْ صَغِيرَنا وَيَعْرِفْ حَقَّ كَبِيرِنا» - قال ﷺ: «ما أكرم شابٌ شَيخاً لسنه إلا قَيَّضَ الله لَهُ مَنْ يُكْرِمُهُ عِنْدَ سِنِّهِ» - قال تعالى: ﴿إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِندَكَ ٱلْكِبَرَ أَحَدُهُمَآ أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُل لَّهُمَآ أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُل لَّهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا ﴿٢٣﴾﴾ [الإسراء: 32] - قال تعالى: ﴿وَبِٱلْوَٰلِدَيْنِ إِحْسَٰنًا﴾ [الإسراء: 23] - قال تعالى: ﴿وَوَصَّيْنَا ٱلْإِنسَٰنَ بِوَٰلِدَيْهِ حُسْنًا﴾ [العنكبوت: 8]
57. وينهى الإسلام عن رفع الصوت والضوضاء وكل ما يؤدي إلى الإضرار بالآخرين أو إيذائهم (إزعاجهم): كما ينهى عن العنف بمختلف أشكاله.	- قال تعالى: ﴿وَٱغْضُضْ مِن صَوْتِكَ إِنَّ أَنكَرَ ٱلْأَصْوَٰتِ لَصَوْتُ ٱلْحَمِيرِ﴾ [لقمان: 19] - قال ﷺ: «مَنْ ضَارَّ أَضَرَّ الله بِهِ، وَمَنْ شاقَّ شقَّ الله عَلَيْهِ» - قال ﷺ: «إنَّ الله يُبْغِضُ كُلَّ جَعْظَرِيٍّ [فظ] جَوَّاظٍ [جَمُوعٍ مَنُوعٍ] سَخَّابٍ [صَخَّابٍ] في الأسواق» - قال ﷺ: «عَلَيْكَ بالرِّفقِ وَإيَّاكِ والعُنْفَ» قال ﷺ: «إنَّ الله رفِيقٌ يُحِبُّ الرِّفْقَ، وَيُعْطِي عَلَى الرِّفق مَا لاَ يُعطي على العُنْفِ وَمَا لا يُعْطي عَلَى سِواه» قال ﷺ: «والله لا يُؤْمِنُ .... مَنْ لا يَأْمَنُ جارَهُ بَوائِقَهُ [غَوائِلَهُ وَشُرُورَه]»
58. ويحض الإسلام على التعلم، ويجعله فريضةً على كلّ مسلم ومسلمة، ويؤكد على العلم الذي ينفع. وليس يخفى أن التعلم يرفع المستوى الصحي والحضاري للمتعلم.	- قال تعالى: ﴿قُلْ هَلْ يَسْتَوِى ٱلَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَٱلَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ﴾ [الزمر: 9] - قال ﷺ: «طَلَبُ العِلْمِ فَرِيضةٌ على كل مُسلم» - قال ﷺ: «النّاسُ عالِمٌ وَمُتَعَلِّمٌ، وَلا خَيْرَ فيما بَعْدَ ذلِك» - قال ﷺ: «اللَّهُم إنّي أعوذُ بِكَ مِنْ عِلْمٍ لا يَنْفَعُ» - قال ﷺ: «إنَّما العِلْمُ بالتَّعَلُّم» - قال ﷺ: «عَلِّمُوا ويَسِّرُوا وَلا تُعَسِّرُوا وَبَشِّروا ولا تُنَفِّرُوا»

59. ويحض الإسلام على العمل ويرفع من شأن العاملين. فللعمل آثاره التنموية على الإنسان: تتحسن به جميع جوانب معاشه، ومنها الجوانب الصحية. فالعمل اليدوي يحسّن الصحة الجسمية، والاستغراق في العمل يفيد الصحة النفسية، والعائد من العمل يمكّن الإنسان من الحصول على احتياجاته الأساسية ومنها الصحة.	ـ قال تعالى: ﴿جَعَلَ لَكُمُ ٱلْأَرْضَ ذَلُولًا فَٱمْشُوا۟ فِى مَنَاكِبِهَا وَكُلُوا۟ مِن رِّزْقِهِۦ﴾ [الملك: 15] ـ قال تعالى: ﴿فَإِذَا فَرَغْتَ فَٱنصَبْ ۝﴾ [الشرح: 7] ـ قال تعالى: ﴿أَنشَأَكُم مِّنَ ٱلْأَرْضِ وَٱسْتَعْمَرَكُمْ فِيهَا﴾ [هود: 61] ـ قال تعالى: ﴿مَنْ عَمِلَ صَٰلِحًا مِّن ذَكَرٍ أَوْ أُنثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهُۥ حَيَوٰةً طَيِّبَةً﴾ [النحل: 97] ـ قال ﷺ: «خَيْرُ الكَسْبِ كَسْبُ يد العامل إذا نَصَحَ» ـ قال ﷺ: «ما أكل أحدٌ طَعاماً قَطُّ خَيْراً مِنْ أنْ يَأكُل مِنْ عَمَلِ يَدِهِ، وَإنَّ نَبِيَّ الله دَاوُودَ كانَ يأكُلُ مِنْ عَمَلِ يَدِهِ» ـ قال ﷺ: «أطْيَبُ الكَسْبِ عَمَلُ الرَّجُلِ بِيَدِهِ» ـ قال تعالى: ﴿وَلَقَدْ مَكَّنَّٰكُمْ فِى ٱلْأَرْضِ وَجَعَلْنَا لَكُمْ فِيهَا مَعَٰيِشَ﴾ [الأعراف: 10] ـ قال ﷺ: «عَلى كُلِّ مُسلِمٍ صَدَقَةٌ، قالوا: فَإنْ لَمْ يَجِدْ؟ قالَ: «فَيَعْمَلُ بِيَدَيْهِ فَيَنْفَعُ نَفْسَهُ وَيَتَصَدَّقُ» ـ قال ﷺ: «اليَدُ العُلْيا خَيْرٌ مِنَ اليَدِ السُفْلى»
60. ويحض الإسلامُ الإنسان كذلك على ترويح النفس واتخاذ حظها من الراحة، فإن ذلك مُعِينٌ على استئناف العمل ومساعدٌ على حفظ الصحة.	ـ قال ﷺ: «يا حَنْظَلَةُ! ساعَةً وَساعةً» ـ قال ﷺ: «كُلُّ شَيءٍ لَيْس مِنْ ذِكْرِ الله عَزَّ وَجَلَّ فَهُوَ لَغْوٌ ولَهْوٌ أو سَهْوٌ إلاّ أرْبَعَ خِصَالٍ... وَذَكَرَ مُلاعَبَةَ الرَّجُلِ أهْلَهُ»

الجدول 1 ـ بعض من أنماط الحياة الصحية الإسلامية

فعاليات المجتمع

أعطت منهجية الرعاية الصحية الأولية أهمية كبيرة لتجنيد قوى وفعاليات المجتمع في سبيل تعزيز الصحة ودعم الوقاية والتأكيد على السلوكيات وأنماط الحياة الصحية. فقد أكدت برامج الرعاية الصحية الأولية على أهمية دور المرأة والأم في تعزيز الصحة، وأبرزت أهمية التنسيق بين كافة قطاعات المجتمع والتفاعل بينها من أجل صحة أفضل للمجتمع، فطالبت الرعاية الصحية الأولية بدعم ومشاركة قيادات المجتمع في البرامج الصحية، فاستقطبت قطاع الإعلام والصحافة والتلفزيون والراديو لنشر الثقافة الصحية، كما أدخلت النوادي الرياضية والاجتماعية والمنظمات الأهلية غير الحكومية والمدارس والقيادات الدينية، في المساجد ودور العبادة والمؤسسات الاجتماعية، في برامجها لدعم القطاع الحكومي في جهوده لتعزيز صحة المجتمع، كما ركزت الرعاية الصحية الأولية على الأسرة وأفرادها، وعلى دور الأصدقاء والجيران، وكافة أفراد المجتمع المحلي، فدعمت كافة القيادات في سبيل تطوير المجتمع، وتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، كما أولت البيئة أهمية كبيرة وساهمت في إدخال مفاهيم المحافظة على البيئة وعدم التعرض لها وكيفية تعزيزها.

الرعاية الصحية الأولية في إقليم شرق المتوسط

أولت دول إقليم شرق المتوسط الأهمية الكبيرة للرعاية الصحية الأولية، ودعمت برامجها بمساندة منظمة الصحة العالمية ومنظمات دولية أخرى غيرها. وتبرز البيانات المرفقة في الجداول 2 و3 و4 التطور الكبير في معدلات ومؤشرات الصحة في مقارنة الفترة ما بين سنة 1982 وسنة 1996.

ففي مجال الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية خلال فترة ساعةٍ واحدة من السير، ازدادت نسبة الأهالي من 69% إلى 84%، وحصلت الزيادة في المدن كما في المناطق الريفية.

	1982	1985	1988	1996
المجمعات الريفية	-	62	64	69
المجمعات الحضرية	-	94	96	98
كافة المجمعات	69	73	79	84

الجدول 2 ـ نسبة السكان الذين يحصلون على الرعاية الصحية خلال فترة ساعةٍ من السير

كما ازدادت معدَّلات التمنيع، خلال الفترة ذاتها من 24% إلى 92%، وذلك خلال برامج التمنيع الموسَّع ضد أمراض شلل الأطفال (التهاب سنجابية النخاع)، والخانوق والسعال الديكي (الشاهوق)، والكُزاز (التيتانوس)، والحصبة والسل (جدول رقم 3). وتجدر الإشارة إلى أن منظمة الصحة العالمية هي بصدد أعلان دول عديدة من دول إقليم شرق المتوسط دولاً خالية من مرض شلل الأطفال، الذي كان يفتك بالعديد من الأطفال منذ عقودٍ قليلة من الزمن.

	1982	1985	1987	1996
اللقاح الثلاثي DPT	24	45	65	92
لقاح شلل الأطفال عن طريق الفم OPV	28	45	65	92
الحصبة Measles	22	39	61	90
لقاح السل BCG	22	51	67	92
ذوفان الكزاز (التيتانوس) TTZ	4	9	20	78

الجدول 3 ـ نسبة التمنيع (التحصين) ضد أمراض الطفولة واللقاح الثلاثي DPT يتضمن شلل الأطفال والخانوق والكزاز

كما يورد الجدول رقم 4 التحسُّن الكبير في مؤشرات الوفيات في دول الإقليم في

الفترة ما بين عامي 1982 و1996.

	1982	1996
معدل الولادة الخام لكل ألف نسمة Crude Birth Rate	45.5	32.5
معدل الوفاة الخام لكل ألف نسمة Crud Death Rate	17.4	9.1
معدل وفيات الرضع لكل ألف وليد Infant Mortality Rate	136	68
معدل وفيات الأطفال دون السنة الخامسة لكل ألف طفل Under Five Mortality Rate	190	101
معدل وفيات الأمهات لكل مائة ألف ولادة Maternal Mortality	47	38

الجدول 4 ـ المعدلات الوسطية للوفيات في إقليم شرق المتوسط

واعتمدت منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط على برامج مبتكرة في سبيل تحقيق بعض هذا النجاح، ومنها المنهج الصحي المدرسي، والعناية الصحية على مستوى الأسرة وتعزيز دورها، والالتزام بأنماط الحياة الصحية وتعزيزها من خلال البعد الروحي للصحة. كما دعمت بعض دول الإقليم التعليم الطبي ذا التوجه الاجتماعي وعمدت إلى تطوير قيادات المجتمع. وقد ابتكرت برنامج «الاحتياجات التنموية الأساسية» basic development needs، الذي نجح في دول عديدة في الإقليم بدعم وقيادة المنظمة في الإقليم.

التحديات التي تواجه الرعاية الصحية الأولية

رغم النجاح الذي واكب برامج الرعاية الصحية الأولية في دول الإقليم، فإن العديد من المعوقات لا تزال موجودة. وقد أدت هذه المعوقات إلى بعض الإخفاق في تطبيق البرامج على الوجه الأمثل، فمن أسباب هذا الإخفاق النسبي النقص في مشاركة المجتمع وقياداته، والنقص في التعاون بين القطاعات، والنقص في الموارد البشرية والمادية أو سوء استعمالها، وسوء الإدارة والتنظيم، والتركيز على استخدام التقنية المعقدة، وقلة التعاون بين دول المنطقة، والافتقار إلى البحوث الميدانية التي قد تساعد على تفهُّم أسباب هذا الإخفاق.

وتواجه الرعاية الصحية الأولية تحدياتٍ عديدة سنقوم بتفصيلها في هذا المجال:

1ـ التغير في أنماط المرض وزيادة نسبة الأمراض غير السارية non communicable

أدى النجاح في برامج الرعاية الصحية الأولية في المرحلة الأولى إلى خفضٍ كبير في العبء المرضي الناتج عن الأمراض السارية communicable. فمع دعم برامج التمنيع الوطنية، كادت أمراض الطفولة مثل أمراض شلل الأطفال أو الخانوق أو الكزاز أو السعال الديكي أن تختفي، كما ساعدت برامج معالجة الإسهال المعوي وعلاج الأمراض

الرئوية على تخفيف عبء المرض الناتج من هذه الأمراض. وقد أدَّى هذا الخفض في نسبة الأمراض السارية إلى إطالة عمر المرء، وبالتالي إلى زيادة نسبة الأمراض غير السارية والمزمنة مثل أمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان.

ومن المتوقع أن يزداد عبء الأمراض غير السارية على مستوى العالم، كما هو موضَّح في الجدول التالي:

	1990	2020 (متوقع)
الأمراض غير السارية	%27	%43
الأمراض السارية	%49	%22
الأمراض النفسية	%9	%14
الإصابات	%15	%21
المجموع	%100	%100

ويزداد عبء الأمراض غير السارية بسبب سلوكياتٍ منافية للصحة ومحفوفة بالأخطار على الصحة. ففي إقليم شرق المتوسط تتراوح نسبة السمنة (البدانة) ما بين 30 إلى 65% من الأفراد، كما تصل نسبة المدخنين إلى نسب مرتفعة بين الرجال.

وتتراوح نسبة الإصابة بالسكري بين 10 إلى 27% وتصل الوفيات الناتجة عن هذا المرض إلى 8%. أما المصابون بارتفاع ضغط الدم فتصل نسبتهم إلى 26% في دول الإقليم. وتبلغ نسبة الوفيات الناتجة عن أمراض القلب والأوعية الدموية إلى 35%، وعن أنواع السرطان المختلفة 8%.

يشكل كل هذا العبء تحدياً كبيراً لبرامج الرعاية الصحية الأولية لا بدَّ من مواجهته بطريقة علمية ومدروسة ومترابطة؛ إذ إن السلوكيات التي تؤدي إلى هذه الأمراض تكاد تكون هي نفسها مثل السمنة والتدخين وعدم اللياقة البدنية الناتجة عن قلة الحركة.

لقد أدرك المسؤولون عن الرعاية الصحية أهمية مكافحة الأمراض غير السارية لاسيما أن علينا الوقاية من معظمها من خلال برامج حفظ وتعزيز الصحة والتقليل من الممارسات المحفوفة بالأخطار الصحية والمنافية للصحة. وتدل إحصائيات صدرت مؤخراً أن نسبة 50% إلى 70% من المرضى الذين يتوجهون إلى المراكز الصحية الأولية يشكون من أمراض غير سارية.

الأسباب الرئيسية لعبء المرض والوفيات في دول إقليم شرق المتوسط 1998

المرتبة	عبء المرض	الوفيات
1	أمراض السنة الأولى للطفولة	أمراض القلب
2	الالتهابات الصدرية والتنفسية الحادة	الالتهابات الصدرية والتنفسية
3	أمراض الإسهال المعوي	أمراض الإسهال المعوي
4	إصابات العنف	أمراض السنة الأولى للطفل
5	أمراض القلب	السكتة والحوادث الوعائية الدماغية
6	الاكتئاب	إصابات الحرب والعنف
7	متلازمة العوز المناعي المكتسب AIDS	السل
8	الحصبة	الحصبة
9	السل	الحوادث على الطرق
10	التشوهات الخلقية	أمراض الصدر المزمنة
11	الحوادث على الطرق	التهابات القلب
12	السكتة والحوادث الوعائية الدماغية	التشوهات الخلقية
13	الملاريا	العنف
14	أمراض فقر الدم	الملاريا
15	السعال الديكي	الكزاز

2 ـ التغيير في التركيبة الديموغرافية

يتمثل هذا التحدي في زيادة نسبة المسنِّين في دول الإقليم، مثلها في ذلك مثل الدول الأخرى في العالم بأسره. فمع برامج مكافحة الأمراض السارية، وتقدم العلوم الطبية، ازداد العمر المتوقع عند الولادة خلال عقد من الزمن حوالي 20 سنة، بحيث باتت نسبة المسنين في بعض الدول الأوروبية والأميركية إلى 14 ـ 16%. أما في دول الإقليم فإن هذه النسبة لاى تزال أقل من ذلك، ومع ذلك فهي في زيادةٍ مستمرة، وتصل في لبنان وتونس إلى حوالي 7%.

وتفرض الزيادة في نسبة المسنين المتوقعة في العقود القادمة عبئاً إضافياً، حيث تحتاج هذه الشريحة السكانية إلى رعاية صحية متقدمة ومستمرة. كما أن هذه الزيادة في أعداد المسنين تضيف عبئاً إضافياً على القوة السكانية العاملة في دول الإقليم، إذ تزداد نسبة الاتكالية dependency ratio، ما يزيد من العبء الاقتصادي على دول الإقليم.

أما التحدي الثاني في التركيبة السكانية فهو يتمثل في زيادة عدد ونسبة الأشخاص في سن المراهقة، وهذه الفئة معرضة لأخطارٍ كبيرة ناتجة عن سلوكياتٍ

منافية للصحة ومحفوفة بالمخاطر الصحية مثل التدخين ومعاقرة الكحول والأمراض المنقولة جنسياً وحوادث الطرق والأمراض النفسية.

إن ظروف الحياة الاجتماعية أو الاقتصادية أو البيئية هي التي تحدد الحالة الصحية التي يكون عليها الإنسان كما أنها تحدد حجم وأنماط المراضة والإعاقة والوفيات.

3 ـ الهجرة من الريف إلى المدن

تزداد في دول إقليم شرق المتوسط الهجرة من الريف باتجاه المدن، لا سيما المدن الكبيرة والعواصم. وتشكل هذه الهجرة حزام بؤس حول المدن، حيث يلاحظ تردّي الأوضاع المعيشية والاقتصادية في هذه المناطق. كما تتفكك أواصر الأسرة بسبب هذه الهجرة المتزايدة وكل ذلك يؤثر سلباً في الصحة العامة وفي صحة الأفراد.

4 ـ الأوضاع السياسية المتقلبة

قد يكون إقليم شرق المتوسط أكثر الأقاليم المعرضة للتقلبات السياسية والحوادث الأمنية والحروب والثورات والانتفاضات. ويواجه معظم دول الإقليم تحدياتٍ سياسية كبيرة وصعبة وتبدو عسيرة الحل، كما واجه بعضها حصاراً كان مفروضاً عليه بسبب الأوضاع السياسية العالمية.

إن الإحباط الذي يسود دول الإقليم بسبب الأوضاع السياسية المتردية يزيد من عبء الأمراض غير السارية بسبب هيمنة السلوكيات المنافية للصحة، كما أن الوفيات الناتجة عن العنف تشكل نسبة كبيرة من الوفيات كما تشكل عبئاً كبيراً من الإعاقة الدائمة بسبب الإصابات.

5 ـ أهمية تطوير النظم

يشكل القطاع الحكومي العمود الفقري للنظم الصحية في دول الإقليم، وتشكو هذه الأنظمة من قلة الحوافز لزيادة إنتاجية العاملين في هذا القطاع، كما أن النظم تتأثر بالعوائق والصعوبات الإدارية والبيروقراطية التي يتسم بها القطاع الحكومي مما يؤدي إلى صعوبة التأقلم السريع مع الأوضاع والحد من الابتكار والتجديد. إن اتخاذ القرار في معظم النظم الصحية لايزال مركزياً بالدرجة الأولى، كما أن التخطيط السليم العلمي للمرافق والموارد البشرية والمادية لا يزال ضعيفاً، هذا إذا وجد. أما البحوث الميدانية للتعرف إلى سبل ناجعة للتطوير فتكاد تكون معدومة في معظم الدول في الإقليم. ويؤدي كلُّ ذلك إلى زيادة استياء أصحاب الحاجة الصحية وإلى تردي الجودة في الأعمال الطبية.

كذلك فإن أن النظم العلمية الحديثة في مجال المعلوماتية الصحية وأساليب الإحالة

ونظم تخزين وتوريد المستلزمات الطبية تبقى معقدة ما يضعف من فعالية الرعاية الصحية بكافة أوجهها.

6 ـ جدول الرتب والرواتب

يشكل جدول الرتب والرواتب عائقاً أمام تطوير النظم الصحية في دول الإقليم، فالرواتب التي تصرف للأطباء والعاملين الصحيين لا تسمح لهم بالعيش الكريم بالاعتماد عليها فقط، مما يدفع معظم العاملين إلى العمل في عدة أماكن أو في وظائف القطاع الخاص، فالحوافز قليلة بالنسبة للعاملين في القطاع الحكومي، مما يؤثر على جودة الرعاية في هذا القطاع. ويبين الجدول التالي نتائج إحصائية محلية لاستطلاعات للرأي قام بها باحثون حول عدد الوظائف التي قد ينبغي للأطباء في بعض بلدان الإقليم العمل بها لضمان العيش الكريم:

أطباء يعملون في وظيفة واحدة	%11
أطباء يعملون في وظيفتين	%73
أطباء يعملون في 3 وظائف	%14
أطباء يعملون في 4 وظائف	%2
المجموع	%100

الفصل الثامن

المرافق الصحية: العيادات الخارجية

Health Facilities: Out-Patient Clinics

مقدمة

تقدِّم الرعاية الصحية بأحد شكلين رئيسيين هما الرعاية الصحية الشخصية personal health care والصحة العمومية public health.

إن الرعاية الصحية الشخصية هي الخدمة التي تقدم لفرد من أجل حفظ صحته أو استرداد عافيته، ولها عدة فئات هي:

- الرعاية الجوالة ambulatory care أو خدمات المريض الخارجي out-patient services: وتشير للخدمات التي تقدم للمرضى غير المُدخَلين non hospitalized للمراكز الطبية والمستشفيات.
- رعاية المستشفى hospital care أو خدمات المريض الداخلي in-patient services: وتشير للخدمات المؤسسية حيث يتعاون الطبيب والممرضة والعاملون المعاونون على تقديم رعاية مشددة ومعقدة في إطار المستشفى.
- الرعاية الطويلة الأمد long-term care: وتشير لخدمات الرعاية الصحية المقدمة في مراكز الرعاية طويلة الأمد.

تعتبر المعاينات الخارجية المصدر الأول للحصول على الرعاية الصحية، فمن خلال هذه المعاينات يتم اللقاء الأول بين أصحاب الحاجة الصحية وأعضاء الفريق الصحي. وتتم هذه المعاينات في عددٍ كبيرٍ من المرافق الصحية، قد يختلف الواحد عن الآخر، إنما القاسم المشترك لكافة المعاينات هو أن صاحب الحاجة الصحية يتلقى الرعاية دون

الحاجة للإقامة في المستشفى - أي دون أن يكون مسجلاً في ملفات المرضى الداخلين إلى أحد أجنحة المستشفى. فالمريض ما زال يتلقى العناية وهو يتجوّل أو يتحرك «دون أن يكون نائماً في أحد أسِرَّة المستشفيات». نقوم في هذا الفصل من الكتاب بعرض ودراسة أنواع المرافق والبرامج التي توفر الرعاية الصحية الخارجية، وتطوُّرها مع الزمن، مع اختصار مزايا كل منها.

كانت الرعاية الخارجية في الماضي، ولا تزال حتى يومنا الحاضر، المصدر الأول للرعاية الصحية لكافة الأفراد، وإن اختلف شكلها ونوعية الخدمة فيها مع تطور الزمن. فمنذ فجر الحضارات كان هنالك الطبيب الذي يتولى علاج المرضى الذين يأتون إليه، وكان الطبيب دوماً من أركان بلاط الحاكم في مختلف الامبراطوريات التي تركت معالمها في التاريخ. وكان الطبيب في ذلك الوقت غالباً من رجال الدين أو الكهنة ممن طالعوا كتب الآخرين لمعرفتهم اللغات الرئيسية حينذاك، وكان هذا الطبيب تارةً يداوي بالأعشاب والعقاقير، وتارةً أيضاً بالصلاة والدعوات.

تطوَّرت الرعاية الخارجية فيما بعد إذ أصبح الطبيب يعود المريض في منزله، وهناك يساعده طاقم الخدم في منازل أو قصور الأعيان، وكان جلّ ما يحمله الطبيب معه بعض الأدوية وبعض المعدات السهلة الحمل التي بدأت تستعمل في منتصف القرن التاسع عشر.

وبقي الطبيب يعود المريض في منزله حتى يومنا هذا، وإن انخفضت نسبة الزيارات المنزلية في العقود الثلاثة الماضية لأسباب عديدة سنفصلها لاحقاً. وكانت زيارات الطبيب للمنازل مقصورة على منازل الأغنياء والميسورين. أما الفقراء فقد كانوا يحصلون على الرعاية الصحية في المستوصفات التي بدأت تنتشر في أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين وتديرها الجمعيات الخيرية أو الدينية.

وفي الفترة التي تلت الحرب العالمية الثانية، ومع التطور الذي حصل في العلوم الطبية، بدأت الرعاية الخارجية تتمركز في العيادات الخارجية للمستشفيات التي ازداد عددها بشكل كبير في تلك الفترة الزمنية، ومن ثم في المراكز الصحية التي ما زالت من أهم مرافق الرعاية الخارجية في الوقت الحاضر. ورغم تعدد مرافق الرعاية الخارجية مؤخراً بقي الرائد الأول لهذا النوع من الرعاية عيادة الطبيب الخاصة.

ويعود سبب انخفاض نسبة الزيارات المنزلية التي يقوم بها الأطباء إلى الأسباب التالية:

1 ـ صعوبة نقل المعدات والأجهـ ووسائل التشخيص إلى المنزل، وقد أصبحت هذه اللوازم أساسية للتشخيص و ـج في هذا العصر بعد التطور الهائل الذي حصل في العلوم الطبية.

2 ـ تفضيل الأطباء أنفسهم رعاية المرضى في عياداتهم الخاصة أو في المستشفيات (غرف الطوارئ أو العيادات التي تعمل طيلة ساعات اليوم) وذلك كسباً للوقت ولتحقيق مردود مادي أفضل، فلا يضيع الوقت للوصول إلى منزل المريض بسبب زحمة السير وضرورة القيام باجتماعات ومجاملات تأخذ وقتاً قد يستفيد منه الطبيب في زيادة عدد المراجعين.

3 ـ عامل الأمان والخوف من التعرض للأذى في بعض الدول لا يشجع الطبيب على القيام بزيارة المريض في منزله

وشهدت السنوات ما بين 1950 ـ 1980 بروز العديد من العيادات الخارجية التي تسعى لتوفير الرعاية الصحية لأصحاب الحاجة الصحية، حسب العمر أو المهنة أو أنواع المرض، فبدأت عيادات الصحة المدرسية توفر الخدمات لتلامذة المدارس والهيئة الإدارية والتعليمية، وكانت هذه العيادات تقام غالباً ضمن أو قرب المدارس.

كذلك ظهرت عيادات العمال أو عيادات الصحة المهنية العناية بالعمال ضمن المصانع أو الشركات الكبرى، لا سيما لعلاج أمراض لها علاقة بعملهم. ومع بروز الحاجة لتوفير الرعاية للأطفال، أخذت عيادات الأم والطفل بالانتشار لتوفير الرعاية للحامل وللأم بعد الولادة، والطفل عند الولادة وحتى دخوله المدرسة.

ومع تقدُّم العلوم الطبية، ظهرت العيادات التخصصية التي تهتم بالمرضى المصابين بأمراض تستوجب استشارة أصحاب الاختصاص، فبدأت تظهر عيادات السكري، والقلب والغدد الصماء، والجهاز العصبي. وكانت هذه العيادات تستوجب إحالة من العيادات العامة إليها، بغية الاستفادة من علم وخبرة أصحاب الاختصاص.

أنواع العيادات

هناك العديد من أنواع العيادات التي تقدم الرعاية الخارجية، ظهر بعضها منذ سنوات طويلة واستحدث البعض الآخر مؤخراً، ومن أنواع هذه العيادات:

1 ـ مراكز الرعاية الصحية الأولية Primary Health Care Centers

في عام 1978 انعقد مؤتمر ألما آتا والتي أصبح اسمها ألماتا وغدت عاصمة كازاخستان بعد أن كانت في الاتحاد السوفياتي سابقاً ليضع الأسس للرعاية الصحية الأولية ـ ضمن برامج تعنى بالوقاية من الأمراض وتقديم العلاج في مراكز الرعاية الصحية الأولية ـ التي هي المدخل للنظام الصحي، وفيها تتوفر كافة التسهيلات للعناية بأصحاب الحاجة الصحية. وقد أخذت هذه المراكز تحتل مكاناً مهماً للرعاية الطبية في

بعض الدول لكافة فئات المجتمع ضمن برامج تعنى بكلٍ منها، ولكن في مكانٍ واحد، مجهَّز بأفضل المعدات واللوازم الطبية، وتتوفر فيها البرامج الأساسية التي تفي بأغراض رعاية الطفل والأسرة والعامل والطالب والمسن وغيرهم.

وكان «داوسن Dawsson» قد قدم اقتراحاً لتجميع العيادات المختلفة ضمن مركزٍ واحد عام 1924، وقد تم اعتماد هذا الاقتراح في النظام الصحي البريطاني عام 1948 وما زال. وتجدر الإشارة إلى أن إبراز دور المراكز الصحية للرعاية الأولية منذ العام 1978 قد أنشأ مبدأ أساسياً في الإدارة الصحية هو مبدأ إحالة المريض للحصول على الرعاية الصحية ضمن شبكةٍ من المرافق تبدأ بالمركز الصحي، ومن ثم المستشفى العام (المرتبة الثانية)، ومن بعدها المراكز الطبية المتخصصة (المرتبة الثالثة)، وذلك لتوفير الرعاية الصحية الجيدة حسب الحاجة إليها منعاً للازدواجية وترشيد النفقات التي كانت قد أخذت بالارتفاع منذ العام 1970.

ازداد الاهتمام في برامج الرعاية الصحية الأولية بعد إعلان ألما آتا Alma-Ata عام 1978 الذي أوضح علاقة الرعاية الصحية بالمجتمع وبمبادئ ثابتة أصبحت تعتبر أساساً وركيزة للرعاية الصحية، وتأمل كافة دول العالم اعتمادها كفلسفة ومنهج وبرنامج كي تحقق الرعاية الصحية للجميع. وقد ساندت هذه النظرة فكرة إقامة مراكز صحية شاملة الخدمات لتوفير رعاية صحية مميزة لأفراد المجتمع. وكانت فكرة إنشاء هذه المراكز الشاملة (المُجمَّعات) قد برزت في أواخر الخمسينيات من القرن الماضي في لبنان وبعض الدول العربية الأخرى على أن يضم بعضها أيضاً مدارس ودور حضانة ومركزاً اجتماعياً بحيث يصبح هذا المجمع أساس إنعاش المجتمع في القرية أو في المدن الصغيرة أو في أحياء المدن الكبيرة.

مع مرور الوقت، أصبحت مراكز الرعاية الصحية الأولية هي النهج المتبع حالياً، فهي تضم عيادات للأطباء والاختصاصيين في مجالات طب الأطفال وطب النساء والولادة والطب الباطني، مع وجود أطباء غير متفرغين في اختصاصات العيون والرأس والأذن والحنجرة والأمراض الجلدية والصحة النفسية.

كما يضم مركز الرعاية الصحية الأولية عادة مختبراً للفحوصات الأساسية، وصيدلية لتوفير الأدوية الموصوفة عادة في هذه العيادات، وقد يضم أيضاً مركزاً للتشخيص بالأشعة السينية X-rays. وفي السنوات الأخيرة أصبح المركز الصحي يحتوي على عيادة لصحة الفم والأسنان، وعلى قاعة محاضرات للتعليم المستمر للعاملين الصحيين وللتثقيف الصحي لأفراد المجتمع، لا سيما الأمهات الحوامل. وينطلق من هذا المركز أيضاً الاختصاصيون الاجتماعيون والزائرات الصحيات ومفتشو الصحة العامة، وهذا ما جعل المركز فعلاً جزءاً هاماً وأساسياً من الرعاية الصحية الأولية

المتكاملة وركيزة كبرى لأفراد المجتمع، ويوفر كل مركز من هذه المراكز الرعاية الصحية الأولية لحوالي 3,0000 نسمة.

2 ـ العيادات الشاملة المستقلة Independent Comprehensive Clinics

وهي عيادات شاملة للممارسة العامة، وتتوفر فيها خدمات الاختصاصيين إما كل الوقت أو بعضه. والعادة أن يُلحق بالعيادة الشاملة مختبر للاختبارات الأساسية ومركز للتشخيص بالأشعة السينية وصيدلية وأقسام للمعالجة الفيزيائية، أي أن العيادة توفر الخدمات الطبية الشاملة للمترددين عليها ما عدا الحالات التي تستدعي دخول المستشفى. ورغم أن العيادات الشاملة قد تكون مستقلة، أي غير ملحقة بأي مستشفى، إلا انه غالباً ما يتم التعاقد مع مستشفيات مجاورة لإحالة المرضى إليها إذا احتاج الأمر. وفي كثير من الأحيان يكون أطباء العيادة من العاملين أيضاً في المستشفيات المتعاقد معها. وهناك نوعان من هذه العيادات إحداها استثمارية والأخرى يتم تشغيلها أساساً لخدمة المجتمع عن طريق الجمعيات الأهلية أو الخيرية وتكون رسوم العلاج فيها أقل من مثيلتها الاستثمارية.

3 ـ عيادات الصحة المدرسية School Health Clinics

تعنى هذه العيادات بصحة التلاميذ والمدرسين في المدارس والكليات والمعاهد، فيكون لكل مدرسة كبيرة أو لعدة مدارس صغيرة الحجم، بحسب عدد الطلاب، ممرضة أو طبيب أو الاثنان معاً، تكون مهمتهما توفير العناية لهذه الشريحة من أفراد المجتمع. وكانت هذه العيادات تعنى بتوفير الخدمات العلاجية والوقائية معاً وتعمل على مكافحة العدوى في المدارس، أما الآن فقد أصبحت تعنى أكثر بالبرامج الوقائية والتعزيزية للصحة وباستحداث برامج تحول دون اكتساب النشء الجديد أنماطاً سلوكية مضرة بالصحة كالتدخين والإدمان والممارسات الجنسية المحفوفة بالخطر. وهذا النوع من العيادات أصبح أقل أهمية بعد انتشار المراكز الصحية الشاملة الخدمات.

4 ـ عيادات رعاية الأم والطفل

بدأت هذه العيادات تظهر في العقد الثاني من القرن الماضي للاهتمام بصحة الأم والطفل وتوفير التوعية الضرورية لهما بالنسبة للعادات الغذائية، ومن ثم توفير برامج التمنيع والتطعيم ضد الأمراض التي كانت سارية حينذاك، ومنها أمراض شلل الأطفال (التهاب سنجابية النخاع) والسل والخانوق والكزاز والحصبة ـ وقد وفَّرت هذه العيادات أيضاً وسائل تنظيم الأسرة ومراقبة نمو الطفل حتى يصل إلى سن دخول المدرسة ـ

حيث تهتم به العيادة المدرسية، وكما هو الحال بالنسبة للعيادات المدرسية، فإن الإتجاه السائد الآن هو توفير هذه الخدمات ضمن المراكز الصحية الشاملة.

5 ـ عيادات الصحة المهنية

وهي تعنى بصحة العمال في المصانع والمعامل والشركات الكبرى، فتؤمن الخدمة العلاجية والوقائية لهذه الشريحة من المجتمع وتراقب حوادث العمل وتعمل على الوقاية منها. وكما في العيادات السالف ذكرها، فإن الاتجاه السائد اليوم هو لإضافة هذه الخدمات في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

6 ـ عيادات الصحة العامة أو الصحة الوقائية
Public Health or Preventive Health Clinics

وفيها تتوافر برامج التمنيع أوالتلقيح من قبل الحكومات والبلديات عادة، وهي أيضاً في طريق الزوال ودمج خدماتها في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

7 ـ العيادات المتخصصة Specialized Clinics

وهي عيادات تعنى بأمراض محددة دون غيرها كالسكري أو أمراض الغدد الصماء أو أمراض القلب والشرايين وارتفاع ضغط الدم وغيرها من الأمراض ضمن الاختصاصات الطبية المختلفة. وغالباً ما تكون هذه العيادات الخارجية ملحقة بالمستشفيات والمراكز الطبية.

8 ـ عيادات الطوارئ Emergency Clinics

وهو نوع مستحدث من العيادات التي تعمل طوال ساعات النهار والليل وكل يوم حتى في أيام العطل الأسبوعية والرسمية، ومهمتها توفير الرعاية الصحية على أنواعها في حالات الطوارئ، فيؤمها المراجعون الذين يريدون الحصول على رعاية طبية دون سابق موعد أو في ساعات إقفال العيادات الخارجية الأخرى.

9 ـ العيادات الخاصة Private Clinics

رغم تنوع العيادات الشاملة ومراكز الرعاية الصحية الأولية وتزايد عددها، إلا أن أغلبية المرضى يفضلون زيارة الطبيب في عيادته الخاصة. وقد تختلف نوعية الرعاية في العيادات الخاصة عنها في العيادات الشاملة أو الملحقة بالمستشفيات. ويميل الطبيب في عيادته الخاصة إلى تقديم البراهين على نجاحه ومهارته الطبية وكسبه لثقة المرضى وإضفاء الراحة النفسية على مشاعرهم عند زيارتهم له.

وتعمل العيادات الخاصة بترخيص من وزارة الصحة وتخضع للتفتيش للتأكد من

مطابقتها للشروط والمواصفات التي تضعها الوزارة، إلا أن الدور الرقابي للوزارة قد لا يمتد إلى أجور الطبيب التي تتحدد غالباً وفق قانون العرض، والطلب ومدى شهرة الطبيب.

وهناك نوعان من العيادات الخاصة:

- عيادات يعمل بها طبيب واحد (ممارسة منفردة) solo practice
- عيادات يعمل بها عدة أطباء سواء كانوا من نفس الاختصاص أو من اختصاصات مختلفة (ممارسة في مجموعة) group practice

ورغم تزايد نسبة المراجعين إلى العيادات الخاصة التي يعمل بها عدة أطباء، إلا أن معظم المراجعين ما زالوا يفضلون العيادة الخاصة لطبيب واحد حيث يعمل الطبيب ساعات أكثر في اليوم وأياماً أكثر في العام وذلك لعدم وجود من ينوب عنه في مراجعة المرضى في حالة غيابه.

يقوم الطبيب بسماع السيرة المرضية وفحص المريض، وربما بإجراء الاختبارات السهلة بنفسه في عيادته، أو يطلب اختبارات أكثر تعقيداً من المختبرات الطبية أو مراكز التشخيص بالأشعة، ويصف العلاج للمريض ويتابع تطور مرضه أو شفائه بنفسه، ويصبح بالتالي مرجع السيرة المرضية للمريض وربما لأفراد عائلته أيضاً، يفهم مشكلاتهم ويعرف خصائصهم فتتكون من جراء ذلك علاقة وثيقة بين الطبيب والمريض، وهذا هو سبب تفوق هذا النوع من المرافق الصحية على غيرها، علماً بأن ذلك يزيد من ضغط العمل على الطبيب ويتعبه فلا يستطيع أخذ الإجازات الطويلة ويقلل من نشاطاته العلمية الأخرى كحضور المؤتمرات الطبية والمحاضرات وبالتالي يكون منهكاً ومتعباً من جراء الساعات الطويلة التي يمضيها في عمله وفي السهر على مرضاه ليلاً إذا ما احتاجوا إليه.

وبقي هذا المسار مع تحوُّل الطبيب من ممارسٍ لكافة الاختصاصات أي الممارس العام، إلى طبيب اختصاص في الاختصاصات الطبيّة المختلفة. يعود سبب بقاء عيادات الأطباء إلى مبدأ أساسي في الإدارة الصحية وهو مبدأ تواصل المريض مع الطبيب، أو علاقة صاحب الحاجة الصحية مع أفراد الفريق الصحي، فهذه العلاقة تتحكم (كما أسلفنا القول) بالنظام الصحي وهي ركيزة تحوُّل المريض من وضع صحي إلى آخر. إن هذه العلاقة التي تبنى على الثقة والسريّة والتسليم بنصيحة الطبيب، والتي هي قريبة من علاقة الإنسان برجل الدين بقيت أساس التنظيمات المختلفة التي برزت لتوفير الرعاية الصحية الخارجية، حتى يومنا هذا ـ رغم بعض الإختلاف في الشكل والمظهر.

ويسدد المريض للطبيب كلفة الزيارة، حسب تعريفة الطبيب، وبناء للأعمال الطبية التي قام بها خلال المعاينة، التي غالباً ما تدوم حوالي 15 دقيقة.

10 ـ تجمُّع الأطباء في عيادات مشتركة Group Practice

بقي الطبيب الذي يعمل بمفرده في عيادته Solo Practice المصدر الأهم للرعاية الخارجية في معظم الدول، ولكن ومع تقدُّم العلوم وبروز الاختصاص الدقيق (حتى ضمن الاختصاص الواحد)، وزيادة الأعباء الإدارية المتمثلة بالتعويض من خلال شركات التأمين (أو الفريق الثالث)، أخذ الأطباء بالتجمُّع ضمن عياداتٍ مشتركة، فيقوم ثلاثة أطباء أو أكثر بالعمل معاً ضمن مرفقٍ صحي واحد، يؤمِّن هذا المرفق الفحوصات المخبرية أو التشخيصية الأساسية ويوفر إمكانية إحلال طبيب عوضاً عن زميله في العيادة لتأمين التغطية على مدار اليوم أو الأسبوع.

أخذت هذه التجمعات بالانتشار في كافة الدول، مع بعض الاختلاف فيما بينها، ففي بعض الأحيان يكون الأطباء من ذوي الاختصاص الواحد كمجمَّع لأطباء الأسنان، فيكون لكل مريضٍ طبيبه مع إمكانية الحصول على الرعاية من زميلٍ له في المجمع ضمن برنامج العمل الخاص بالأطباء.

كما أن بعض المرافق شمل أطباء من اختصاصاتٍ مختلفة، وقد تكون متكاملة كتواجد أطباء الأطفال في مرفقٍ واحد مع أطباء النسائيات أو أطباء الأمراض الجلدية. فهذه المرافق توفر التسهيلات الإدارية والتشخيصية دون التكامل في الرعاية الصحية.

وقد شجَّع النظام الضرائبي قيام هذه التجمعات، إضافة إلى الأعباء الإدارية والحاجة إلى استحداث التسهيلات التشخيصية، ففي بعض البلدان يشجع نظام الضرائب تواجد التجمعات الطبية إذ يمكن للطبيب أو لمجموعة الأطباء أن يشكلوا شركة بالمعنى الضرائبي، فتحسم كلفة العيادة من أعباء وكلفة الطاقم الإداري والفريق الصحي وكلفة الجهد والعمل من الدخل، فتقل نسبة الضرائب التي يتوجَّب تسديدها للدولة.

أما في دول المنطقة، فإن معظم الأطباء يعملون في عياداتٍ فردية خاصة بهم دون وجود رابطٍ قانوني أو شرعي بينهم وبين زملاءٍ لهم، فقد نجد أطباء يعملون ضمن بنايةٍ واحدة، إنما كلٌ يعمل بمفرده، دون وجود رابط مالي أو تعاوني بينهم.

إضافة إلى تأثير النظام الضرائبي على تأسيس تجمعاتٍ للأطباء، فإن عامل آخر هو الدفع المسبق، كان له الأثر الكبير في ذلك، فإذا عدنا إلى فترة تأسيس هذه العيادات المشتركة، نرى أن أوائلها كانت قد بدأت العمل ضمن نظام الدفع المسبق عوضاً عن تسديد أتعاب الأطباء لقاء كل عمل طبي.

ففي أواخر القرن التاسع عشر في عام 1983، أسست شركة سكة الحديد في غرب الولايات المتحدة، أول تجمع للعيادات لتوفير الرعاية لعمال الشركة الذين كانوا يعملون

على مد خطوط سكة الحديد، وكان لزاماً على الشركة أن توفر الرعاية لعمالها في منطقة نائية لا توجد فيها رعاية صحية فأنشأت هذه التجمعات.

وتأسست عيادة مايو الشهيرة Mayo Clinic في الفترة ذاتها (1887) لخدمة سكان ولاية منيسوتا Minnesota الأميركية بعد أن اجتاحها إعصار شديد دمَّر منشآتها وأفقر سكانها، وسرعان ما تزايد عدد هذه التجمعات بعد الحرب العالمية الثانية لتوفير الخدمة الصحية لعمال أو لموظفي شركات كبرى، واعتمد في هذا الوقت مبدأ الدفع المسبق prepayment لتجمعاتٍ شهيرة مثل: Kaiser Permanente Health Insurance Plan of New York وتعاونية Puget Sound.

وتزامن هذا المد مع ضرورة تجمع أطباء عامِّين وأطباء من ذوي الاختصاص، مع مرافق للتشخيص تتطلب معدات وأجهزة طبية متوفرة، وأعمال إدارية ما لبثت أن ازدادت مع متطلبات الفريق الثالث الذي يسدد كلفة الرعاية مثل شركات التأمين. وقد أسَّس تزايد عدد هذه العيادات بشكلٍ كبير مع تشريع فدرالي في الولايات المتحدة لظهور مؤسسات تعزيز الصحة Health Maintenance Organization في أوائل السبعينات القرن الماضي.

وبذلك أصبحت العيادات الخارجية تتمثل بتجمعاتٍ للأطباء بدلاً من العيادات الفردية وإن كان هذا النمط الأخير لا يزال متواجداً في معظم الدول وإن بنسبة أقل.

وفي السنوات الأخيرة، بدأ هذا النمط في البروز في بعض الدول العربية، كلبنان مثلاً، حيث أخذ القطاع الخاص، بتأسيس تجمعات للأطباء، أساسها الدفع المسبق، والسبب الأساسي لذلك التطوُّر هو توفير الرعاية الصحية بكلفة أقل لكبح ارتفاع الأسعار.

11 ـ منظمات تعزيز الصحة Health Maintenance Organization (H M O)

صدر قانون يسهِّل عملية تأسيس هذه المنظمات عام 1973 في الولايات المتحدة مرتكزاً على مبدأ الدفع المسبق، وعلى مبدأ تجمع الأطباء، وذلك بهدف تجميع الخدمات الصحية في مرفقٍ واحد، مع إمكانية خفض كلفة الفاتورة الصحية. ونص القانون على حصول هذه التجمعات على حوافز مالية وقروض وتسهيلات ضرائبية لتشجيع تأسيسها، كما اشترط على تواجد خدمات طبية معينة ومحدَّدة كي يستفاد من هذه التسهيلات، وهي:

- وجود خدمات طبية متميِّزة في كافة الاختصاصات
- خدمات خارجية (أي دون استشفاء)
- خدمات الصحة النفسية

- خدمات التأهيل الطبي
- خدمات التأهيل من الإدمان
- خدمات تشخيصية (مختبر وأشعة)
- خدمات تنظيم الأسرة
- خدمات اجتماعية
- التحصين والتمنيع والوقاية الصحية
- التثقيف الصحي
- معالجة الحالات الطارئة

وبعد تعثُّر في السنوات الأولى نظراً للأعباء المالية المترتبة على ضرورة تأمين كافة الخدمات المشتركة، ازدادت نسبة نجاح هذه التجمعات في العقدين الماضيين، لا سيما التجمعات التي وفرت عدداً كبيراً من المشتركين والمنتسبين إلى هذه البرامج، إذ توزعت كلفة الخدمات المتوفرة على عددٍ أكبر من المشتركين، الأمر الذي أدَّى إلى توازن الكلفة مع المردود من كلفة الإشتراك ومن ثم تأمين الربح لهذه التجمعات، فأصبحت نموذجاً أخذ سريعاً بالانتشار منذ أواسط الثمانينات.

التعاون مع المستشفيات

أخذت هذه التجمعات من منظمات تعزيز الصحة أو العيادات المشتركة للأطباء بالتعاون مع المستشفيات لإدخال المرضى إلى المستشفيات عند الحاجة. وكان هذا الامر مطلوباً من الطرفين، فكانت المستشفيات بحاجة إلى روافد من العيادات تدخل المرضى إليها للاستشفاء، وكانت تجمعات العناية الخارجية بحاجة إلى مشاف لمعالجة المنتسبين عندما يضطر إلى إدخالهم المستشفى. ولما كانت العيادات توفر الأعداد الأكبر من المرضى، فقد حصلت من المستشفيات على تخفيضات في التعرفة وامتيازات أخرى، ما شجع الأهالي على الانتساب للعيادات المشتركة أو منظمات تعزيز الصحة، لا سيما تلك التي تعمل على مبدأ القسط السنوي المسدد سلفاً. وأعطى هذا الأمر امتيازاً للعيادات المشتركة على العيادات الفردية للأطباء نظراً لمبدأ حجم الطلب، ما زاد من نسبة انتساب المرضى إلى العيادات المشتركة.

وكما سنذكر في فصل تمويل الخدمات الصحية، لعبت كلفة الأعباء الإدارية في تشجيع هذه التجمعات، إذ إن المستشفى يتعامل مع جهة واحدة بدلاً من عدد كبير من أصحاب الحاجة الصحية، كما أن شركات التأمين رأت في هذا النموذج فرصة لإشراك المنتسبين في تجمعات كبيرة موحَّدة إدارية بدلاً من تعويض كل طبيب يعمل بمفرده، ما يزيد من كلفة إدارة التأمين.

12 ـ العيادات الخارجية ضمن المستشفيات

إضافة إلى الدور الأساسي للمستشفيات للعناية بالمرضى الداخلين والمسجلين في العنابر، تولي المستشفيات أهمية كبرى لأعمال العيادات الخارجية المتواجدة ضمن المستشفى، فهي مصدر رئيسي لمداخيل المستشفيات، من خلال أجور المعاينات، وأجور المرافق التشخيصية والعلاجية المتواجدة أصلاً لعلاج المرضى الداخلين. وهذه طريقة توفر الاستفادة من هذه المرافق وتوزّع الكلفة على عدد أكبر من المراجعين.

تتكوّن العيادات الخارجية من المستشفيات من ثلاثة أنواع رئيسية:

- العيادات الخارجية العادية
- العيادات الخارجية التخصُّصيَّة
- عيادات الطوارىء

فالعيادات الخارجية العادية: هي كمثيلاتها عيادات جماعية مشتركة يعمل فيها أطباء المستشفى لتوفير الرعاية الخارجية العامة لأصحاب الحاجة الصحية، لقاء بدل مادي يدفعه صاحب الحاجة الصحية.

أما العيادات الخارجية التخصصية: فهي تعمل على مبدأ الإحالة من العيادات العامة أو من أطباء خارج المؤسسة، وذلك لطلب مشورة أصحاب الاختصاص.

أما عيادات الطوارىء: فهي توفر الرعاية للحالات الطارئة دون موعد سابق.

تستفيد كافة أنواع العيادات داخل المستشفيات من الخبرات الموجودة داخل المرفق من أخصائيين وإمكانات التشخيص والعلاج. وقد جعل هذا الوضع من المستشفيات، لا سيما الجامعية منها، نقطة مهمة في دخول النظام الصحي للعديد من السكان، فهي المدخل الأول للرعاية الصحية الأولية من خلال زيارات الطبيب الخارجية أو الطارئة، وهي أيضاً المدخل الأول لاستشارة أصحاب الاختصاص، وإذا دعت الحاجة فهنالك الرعاية من الرتبة الثانية أو الثالثة ـ هذا الأمر أسس لنوع جديد من العلاقة بين صاحب الحاجة الصحية والمؤسسة الاستشفائية فيذهب صاحب الحاجة الصحية إلى المستشفى كمؤسسة، والولاء في شؤونه الصحية يصبح لها عوضاً عن العلاقة بين صاحب الحاجة الصحية والطبيب. وكما ذكرنا سابقاً، فالمريض ينتقي المؤسسة بدلاً من الطبيب فهو يثق بمن توظفه المستشفى ويعتمده كأساس للرعاية الصحية ذات النوعية المميَّزة.

المقارنة بين العيادات الفردية والعيادات المشتركة

الفوائد	العوائق
1) من وجهة نظر مقدمي الرعاية الصحية	
وجود الإداريين في العيادات المشتركة	إمكانية الاختيار محدودة
نظام إداري أفضل	قد تزيد من نسبة التعامل مع اختصاصيين
إراحة الطبيب من الأعباء الإدارية المتزايدة	إمكانية التشاور مع أطباء آخرين خارج المرفق محدودة
مشاركة في رأسمال العيادة المشتركة	إمكانية أقل للتواصل مع المرضى
مشاركة في تحمُّل إمكانية الخسارة	قرارات جماعية بدلاً من خيارٍ شخصي
تأمين الرعاية على مدى الساعة	المشاركة في كافة المشاكل والصعوبات
تخفيض لساعات العمل	وجوب التعاون مع الغير
إمكانية تغطية غياب الطبيب من قبل زملائه	حرية أقل في الخيارات المتاحة
إمكانية التشاور في أمر المرض	مدخول محدَّد أو مقيَّد بشروط.
توافر اختصاصيين في المرفق ذاته	
توافر تسهيلات تشخيصية متقدمة	
تأمين مردود محدَّد للطبيب قبل الأرباح	
ابتعاد الطبيب عن مناقشات مالية مع مريضه	
زيادة فرص التعليم المستمر	
زيادة فرص الراحة والعطل	
توفير ضمانات للطبيب في حال المرض أو الإعاقة	
تخفيض الكلفة نظراً لحجم العمل	
الاستفادة من أعضاء الفريق الصحي.	
2) من وجهة نظر مستفيدي الرعاية الصحية	
تواجد الخدمات في مرفق واحد من اختصاصيين ومختبريين وأشعة	إمكانية اختيار الطبيب محدودة
تغطية على مدار الساعة	تواصل مع الطبيب محدود
ملف طبي واحد مشترك	إمكانية أكبر للاعتماد على المختبر
سهولة الإحالة إلى أطباء اختصاصيين	إمكانية تبديل الأطباء
التشاور مع الأطباء في المرفق ذاته	فترة الانتظار قد تطول
نظم إدارية أفضل مع إنتاجية أكبر	تعقيد إداري محتمل
الخبرة بالتعامل مع الشركات الضامنة	إمكانية خفض الخدمات المطلوبة.

وقد شجعت المستشفيات هذا التوجُّه، حيث باتت العيادات الخارجية تشكل مصدراً مهماً من الدخل يساعدها في توزيع الكلفة المتزايدة الناتجة عن كلفة الإستشفاء والتشخيص. وغالباً ما تكون كلفة الاستشارة الخارجية داخل المشتشفيات أعلى من مثيلاتها خارج المستشفيات. وقد جعل هذا المستشفى قطباً رئيسياً إن لم يكن وحيداً لكافة مراتب الرعاية الصحية للفئات الميسورة من الأهالي التي لا تتأثر كثيراً بكلفة المعاينة الخارجية، العادية أو التخصصية أو الطارئة، فهي اعتمدت المرفق الاستشفائي لكافة قضايا الصحة والمرض.

13 ـ مراكز جراحة اليوم الواحد One Day Surgery

رغم أن مراكز الجراحة لليوم الواحد هي من أقسام المستشفى، فنحن نشير إليها في هذا الفصل أيضاً لأنها أضحت في تزايدٍ مستمر في العقد الاخير. فمع إدخال التقنيات الحديثة من منظار وتخدير، أصبحت بعض العمليات الجراحية تتم في يوم واحد، يدخل المريض المستشفى من خلال هذا القسم، ومنه إلى غرفة العمليات، حيث تجرى له العملية الجراحية بواسطة المنظار، ويكون المريض قد قام بالفحوصات الضرورية قبيل اليوم المحدَّد للجراحة من خلال العيادات الخارجية وخدمات المختبر أو الأشعة، وبعد إجراء العملية يتم نقل المريض إلى غرفة المراقبة لفترة وجيزة يتوجَّه بعدها مباشرة إلى المنزل للنقاهة فيه بدلاً من البقاء في المستشفى.

وقد ازدادت نسبة العمليات الجراحية التي تجري من خلال أقسام جراحة اليوم الواحد بتشجيع من الجهات الضامنة نظراً لانخفاض كلفتها مقارنة بالعمليات الجراحية التي تتطلب إقامة أطول في المستشفى، كما شجع هذا الوضع اعتماد المنظار في التشخيص وفي العلاج الجراحي، والأمثلة عديدة منها عمليات قسطرة شرايين القلب، أو فحوصات الجهاز الهضمي، أو عمليات استئصال اللوزتين أو «رفو الفتوق» أو عمليات التجميل.

نظم تحويل المرضى

تعتبر الرعاية الصحية الأولية المرحلة الأساسية والأولى للرعاية الصحية بكافة مراحلها، فهي أول محطة يقصدها المراجع لتلبية حاجته الصحية ـ وقد تكون المحطة الأولى عيادة خاصة بالطبيب أو عيادة مشتركة ومجمع عيادات أو عيادات خارجية في مستشفى أو قسم الطوارىء في مركز طبي، أما المحطة الثانية فستهدف الحصول على الرعاية الصحية المتعددة الجوانب. وتشمل المرحلة الأولى ما يزيد عن 90% من مختلف أنواع الرعاية الصحية ـ وغالباً ما يجد المريض ضالته في هذا المستوى الأول من الخدمات الصحية. أما إذا كانت حالته تستدعي رأياً طبياً اختصاصياً إضافياً، أو كان مرضه يستدعي دخوله المستشفى لإجراء عملية جراحية أو للبقاء فيه بعض الوقت لدراسة وضعه وإجراء الفحوصات، عندئذٍ ينتقل المريض بناء على نصيحة طبيب الرعاية الصحية الأولية إلى المرتبة الثانية من الرعاية الصحية ـ التي هي عادة مرتكزة في مستشفى عام يضم الاختصاصات الطبية الرئيسية وأجهزة التشخيص والعلاج الأكثر ضرورة وانتشاراً. وتشكل نسبة المراجعين الذين يدخلون المستشفى حوالي 3 ـ 5% من المرضى الذين يؤمون المراكز الصحية الشاملة. ويعود معظم هؤلاء إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية للمتابعة بعد أن يخرجون من المستشفى العام. وهنالك نسبة ضئيلة عليها التوجه إلى المرتبة الثالثة من الرعاية الصحية، أي إلى مركز طبي متعدد

الاختصاصات تجرى فيه العمليات الدقيقة وبه كافة التجهيزات المعدات المتطورة لعلاج الحالات الصعبة والمعقدة من المرضى - وغالباً ما تكون هذه المراكز مستشفيات تعليمية لطلاب الطب والتمريض وغيرهم من المهن الصحية - ويعود المريض بعد شفائه إلى مركز الرعاية الصحية الأولية للمتابعة - في غالب الأحيان - وقد يطلب منه أيضاً إذا كان وضعه الصحي يتطلب مراقبة الاختصاصيين أن تكون متابعة مرضه في العيادات الخارجية المخصصة للمركز الطبي.

ومع تطبيق نظام تحويل المرضى من المرحلة الأولى أو الأساسية للرعاية الصحية صعوداً إلى المرحلة الثانية، ومن ثم المرحلة الثالثة إذا لزم الأمر، ومن ثم العودة إلى المرحلة الأساسية - أصبح نظام التحويل الآن النهج المتبع للنظم الصحية في معظم أقطار الدنيا وبقاعها.

إن اعتماد نظام التحويل هذا مع المراحل المتصلة للرعاية الصحية يعود بفوائد عديدة على النظام الصحي - فبالإضافة إلى توفير رعاية صحية شاملة متكاملة قرب مكان إقامة المراجع وفي محيطه - فإن تواصل المراحل يؤدي إلى ترشيد الإنفاق على الخدمات الصحية وكذلك إلى توفير جودة ونوعية أفضل للخدمات، إذ إن هذا التحويل يؤدي إلى قيام كل صاحب اختصاص بدوره وعمله دون غيره من الأعمال، فتكون لدى الاختصاصي والمركز الصحي والطبي خبرة كبيرة في علاج الأمراض - كل في اختصاصه.

الفصل التاسع

المرافق الصحية: المستشفيات

Health Facilities: The Hospitals

مقدمة

يعتبر المستشفى المحور الرئيسي للرعاية الصحية في كافة الدول، فالمستشفى ركن أساسي في الرعاية الصحية، كما في التدريب وإجراء البحوث والتشخيص. كما أن المستشفى يبقى ذروة الاستثمار في الصحة للعديد من المدن والتجمُّعات، فهو يجذب بوجوده الاستثمار إلى هذه المدن، كما أنه يعتبر بحدّ ذاته استثماراً محلياً يقوم بتوظيف العديد من الموظفين من الأهالي، ويجذب حوله عدداً من الاستثمارات الأخرى كالفنادق والمطاعم ومحلات تجارية متنوعة.

لعب المستشفى دوراً رئيسياً في تطوُّر العلوم الطبية وفي الوضع الحالي للنظم الصحية، منذ منتصف القرن العشرين، كما سبق وأسلفنا في فصل «تطوُّر الرعاية الصحية». ولذلك أصبح المستشفى عرضة للكثير من التجاذب حول الأوضاع المحيطة بالرعاية الصحية وسبل تطويرها، ومحاولات الإصلاح في النظم الصحية نتيجة ارتفاع كلفة العناية الصحية. فالحديث يتعاظم حول ترشيد الإنفاق، وضبط الازدواجية، وكلفة الأجهزة الطبية والوفر في عدد الأسِرَّة، وأفضلية الرعاية الصحية الأولية، والآداب الطبية وغيرها من العوامل التي سنقوم بتفصيلها لاحقاً.

في هذا الفصل سنعرض نظام الاستشفاء كما هو متبع حالياً، لا سيما في دول المنطقة، ثم ندرس التنظيم الداخلي للمستشفيات، ومن ثم التطورات التي تحدث في هذه المرافق وكيفية التأقلم معها، وتجدر الإشارة إلى أننا سنركز في هذا الفصل على الرعاية داخل المستشفى، علماً بأن أكثر المستشفيات توفر رعاية خارجية من خلال العيادات وأقسام الطوارىء والعيادات المتخصصة.

تعريف المستشفى ووظائفه

خضعت المستشفيات للعديد من التطورات على مر العصور، وقد لعب العرب دوراً

أساسياً في إدخال مفهوم المستشفى كما نعرفه اليوم، إذ كان المطلوب وجود مكان يتيح للطبيب أو الجراح القيام بالعمليات الجراحية أو معالجة المرضى بالوصفات الطبية التي كان يحضِّرها من الأعشاب والمساحيق. ولكن حتى بداية القرن العشرين بقي المستشفى بصورة عامة مكاناً للفقراء والمعوزين الذين كانوا يأتون إليه بعد أن يصبحوا بحالة صحية لا تسمح لهم الاعتناء بأنفسهم، بحيث يكونون بحاجة لمن يعيلهم ويخفف عنهم آلامهم ويساعدهم في المراحل الأخيرة من حياتهم. أي أن المستشفيات كانت المحطة الأخيرة قبل الوفاة، ولم يكن في وسع الأطباء والممرضين فعل الكثير حينذاك سوى التخفيف عنهم. أما الأغنياء فكانوا يمضون الأسابيع أو الأيام الأخيرة من حياتهم في منازلهم وقصورهم حيث يلقون الاهتمام من أطبائهم وأفراد عائلاتهم وخدمهم.

على هامش هذا الوضع كانت للدولة أو السلطة مستشفيات خاصة بها تعنى بالحجر الصحي لدرء الأمراض الوبائية عن المجتمع، كما كانت الدولة توفر الاستشفاء لعلاج المصابين بالاضطرابات النفسية وللمصابين بالأمراض المُعْدِيَة (السارية) مثل مصحات مرض التدرن (السل) والجذام، وذلك أيضاً لمنع تفشي المرض في المجتمع وحماية الناس من خطر المجانين والمتخلفين عقلياً، كما كانت للجيوش مستشفيات خاصة لعلاج الجرحى وهذا ما يفسر وجود مستشفيات خاصة بأفراد القوات المسلحة حتى يومنا هذا.

وفي نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين ومع التقدم السريع في العلوم الطبية بدأ التحول التدريجي في مفهوم المستشفى ليصبح مكاناً يقصده المرضى للعلاج والاستشفاء (طلب الشفاء من المرض) ومعاودة حياتهم الطبيعية وليس لتخفيف الألم وقضاء الفترة الأخيرة من حياتهم. ومع بداية القرن العشرين أنشئت المستشفيات الخاصة من قبل الأطباء وكانت مستشفيات صغيرة تتسع لحوالي عشرين أو ثلاثين سريراً، يقوم فيها الطبيب أو مجموعة من الأطباء بمعالجة مرضاهم بغية الربح. وكانت معظم هذه المستشفيات الصغيرة الخاصة مُخَصَّصة لأحد فروع الطب الرئيسية كطب الأطفال والولادة والجراحة، لكن ومع تطور الطب وضرورة تجميع الأطباء من مختلف الاختصاصات في مكان واحد، ومع ضرورة إدخال المعدات والتجهيزات الأساسية للتشخيص والعلاج والتأهيل، تطورت المستشفيات لتصبح على الشكل الذي نعرفه حالياً، وهي إجمالاً مستشفيات تحتوي على ثلاثمائة سرير أو أكثر، أو تحوّلت إلى عدة مستشفيات يتجمع بعضها مع بعض ضمن "مدن طبية" أو "مراكز طبية" لكل منها اختصاصها.

وفي ضوء التقدم السريع في العلوم الطبية والمفهوم الحديث للمستشفى وما يستطيع المستشفى الحديث تقديمه من خدمات، فقد عرَّفت لجنة من الخبراء في منظمة

الصحة العالمية المستشفى على أنه: "جزء لا يتجزأ من نظام اجتماعي وصحي متكامل، من مهماته تأمين خدمات صحية شاملة للمجتمع، من الناحيتين العلاجية والوقائية، ويشمل عيادات خارجية تستطيع إيصال خدماتها للعائلة في موقعها الطبيعي. كما أنه أيضاً مركز لتدريب الكوادر الصحية ولإجراء البحوث الطبية". ومن هذا التعريف يمكن الاتفاق على أن وظائف المستشفى تشمل:

- تقديم خدمات صحية شاملة (داخلية وخارجية) من النواحي العلاجية والوقائية والتأهيلية
- تدريب الكوادر الصحية والطبية
- إجراء البحوث الصحية والطبية
- رفع الوعي الصحي لأفراد المجتمع عن طريق دور المستشفى في التثقيف الصحي

تصنيف المستشفيات

يمكن تصنيف المستشفيات وفق مقاييس عديدة أهمها ما يلي:

1 ـ التصنيف حسب الحجم أو عدد الأسرّة

- المستشفى الصغير حتى 100 سرير
- المستشفى المتوسط ويتراوح عدد أسرّته بين 100 و300 سرير
- المستشفى الكبير يزيد عدد أسرّته على 300 سرير

معظم مستشفيات العالم العربي، باستثناء المستشفيات الجامعية، هي من الحجم الصغير والمتوسط، وقلما نجد مستشفيات كبيرة لان تكلفتها الاستثمارية تكون باهظة. ومن الممكن أن يكون عدد أسرّة المستشفى قليلاً لكنه يحتوي على خدمات كبيرة وتخصصية أو يمثّل أحد مراكز الأبحاث في أحد مجالات الطب، أي أن نوعية المستشفى وكفاءته لا تعتمدان فقط على حجم المستشفى، ولكن على ما فيه من تجهيزات وخدمات. لكن نظراً لارتفاع التكلفة الاستثمارية من مبان ومعدات وأجهزة فإن الخدمات الفائقة التخصص قد لا تتوافر إلا في المستشفيات الكبيرة.

2 ـ التصنيف حسب نوعية المستشفيات

- المستشفيات التي تقبل الحالات الحادة التي تعرف بأن مدة إقامة المريض فيها تبقى إجمالاً أقل من شهر، وهذه المستشفيات تتولّى معالجة معظم الحالات الحادة الطارئة، التي هي أكثر شمولية.

- المستشفيات التي تقبل المرضى ذوي الأمراض المزمنة، الذين يتوقّع أن يبقوا في المستشفى فترات طويلة، أقلها شهر من الزمن. وهذه المرافق تعالج الأمراض المزمنة التي لا شفاء منها عادةً، بل تهدف الإقامة إلى التخفيف من الأعراض، وتأهيل المريض قدر المستطاع والعناية به.

وكانت بعض المستشفيات المتخصصة بالأمراض المزمنة سابقاً تعنى بعلاج التدرن أو السل، ومع تقدّم العلوم الطبية تحوّلت هذه المرافق إلى مستشفيات للأمراض العادية الحادة، بعدما تمكّن الطب من علاج مرضى السل بالأدوية دون الحاجة إلى علاج مزمن داخل المرفق.

تبقى المستشفيات ذات الإقامة الطويلة مطلوبة لعلاج بعض الامراض النفسية المستعصية، ومرض الجذام، وأصحاب الحاجات الخاصة للتأهيل مثل المعاقين جسدياً أو عقلياً، كما أخذت بعض هذه المستشفيات بالعناية بالمسنين الذين يحتاجون للمساعدة في القيام بحاجاتهم اليومية والذين لا أُسر لهم تعتني بهم.

3 ـ التصنيف حسب طبيعة الخدمات

- **المستشفى العام**: وهو الذي يشمل معظم التخصصات والفروع الطبية، مثل الطب الداخلي internal medicine والجراحة surgery وطب النساء gynecology والتوليد obstetrics وطب الأطفال pediatrics وطب العيون ophthalmology والأنف والأذن والحنجرة ENT. كما يحتوي أيضاً على عيادات للمرضى الخارجيين وقسم للطوارئ وقسم للخدمات الصيدلية والأشعة والمختبر والتعقيم المركزي وغيرها.
- **المستشفى التخصصي**: وهو الذي ينفرد في تقديم خدمات صحية في بعض التخصصات دون سواها، فعلى سبيل المثال هناك مستشفيات لطب النساء والولادة أو لطب الأطفال أو العيون أو الأمراض النفسية، وغالباً ما تكون هذه المستشفيات خاصة وصغيرة الحجم.
- هناك أيضاً المراكز الطبية التي تشمل جميع التخصصات والخدمات، وغالباً ما تكون جامعية أو تعليمية.

أما المراكز التي تهتم بالشيخوخة وأمراضها فهي لا تدخل في تصنيف المستشفيات بل تسمى مراكز أو دور رعاية العجزة أو المسنين.

4 ـ التصنيف حسب الجهة المالكة

أ ـ مستشفيات القطاع العام والحكومي:

هي مرافق تملكها الدولة، أي القطاع العام أو الحكومي، وقسم كبير منها يدار من قبل وزارة الصحة، لا سيما في دول المنطقة.

ولكن بإمكان وزارة الصحة أو غيرها من الوزارات التعاقد مع شركات متخصصة في إدارة المستشفيات لإدارتها تحت رقابة القطاع الحكومي، مع تمويل القطاع العام.

وهناك مستشفيات حكومية تدار أو تملكها وزارات أخرى، إضافة إلى وزارة الصحة، أهمها وزارة الدفاع أو الخدمات الطبية العسكرية التي تموِّلها خزينة الدولة وتعنى برعاية أفراد وأسر الكوادر العسكرية في الدولة، كما تملك وزارة الداخلية أو تموِّل مرافق خاصة بأفراد وأسر قوى الأمن الداخلي من ميزانية الدولة.

تجدر الإشارة أيضاً إلى أن بعض الدول في المنطقة تملك مستشفياتٍ حكومية تديرها الدولة من خلال مصالح مستقلة، حكومية هي الأخرى، إنما لا تتبع أنظمة الدولة الخاصة بالتوظيف أو المالية أو الإدارة، وذلك لتأمين المرونة الضرورية للعمل الإداري، وبالتالي تفعيل الإنتاجية والتأقلم مع خصوصيات الرعاية الصحية التي تختلف عن القطاعات الأخرى.

ب ـ مستشفيات القطاع الخاص:

وهذه المستشفيات على عدة أنواع:

المستشفيات الخاصة التي لا تبتغي الربح: تملك هذه المستشفيات جمعيات خيرية أهلية، قد تكون دينية. وقد تموَّل هذه المستشفيات من قبل الأفراد الذين يحتاجون للعلاج في المستشفى، أو من المؤسسات التي ترعى علاجهم، وكذلك من التبرعات التي تحصل عليها إدارة المستشفى من أفراد المجتمع الذين يستفيدون من هذا المرفق.

تدار هذه المستشفيات من قبل مؤسسات القطاع الخاص، وتستفيد من الإدارة الصحية المرنة التي يمتاز بها هذا القطاع دون عوائق إدارية أو بيروقراطية عادة، لكن هذه المستشفيات تبقى لا تبتغي الربحية، أي أن أصحاب أو مالكي المستشفى لا يستفيدون من الأرباح، التي إن وجدت تبقى ملكاً للمستشفى وتستعمل لتطويره ونموه.

وبالإمكان تصنيف هذه المستشفيات حسب ملكيتها أيضاً، فالبعض منها مملوك من قبل الجامعات الخاصة، أو من مؤسساتٍ اجتماعية. وتدار هذه المستشفيات من قبل مجلس للأمناء يتم انتخابهم أو تعيينهم من المؤسسة الأهلية التي تملك المستشفى، إضافة إلى الإدارة الداخلية للمرفق. ويتواجد هذا النوع من المستشفيات في دول المنطقة، خاصة في الدول التي تشجع القطاع الخاص كلبنان مثلاً (المركز الطبي للجامعة الأميركية في بيروت ـ المركز الطبي لجامعة القديس يوسف ـ مستشفى القديس جورجيوس ـ الروم ـ ومستشفى المقاصد).

المستشفيات الخاصة التي تبتغي الربح: يملك هذه المستشفيات أفراد (بعضهم أطباء) وتدار بهدف تحقيق الربح لأصحابها.

بدأت هذه المستشفيات، كما أسلفنا القول، في الفترة ما بعد الحرب العالمية الأولى،

وكانت عادةً مستشفيات صغيرة يؤسسها طبيب أو مجموعة من الأطباء كي يمارسوا العمل الطبي أو الجراحي ضمن اختصاصهم. وقد انتشرت هذه المستشفيات في دول المشرق العربي حينذاك وكانت عادة مستشفيات صغيرة نسبياً أي تضم حوالي 20 - 50 سريراً.

وفي الدول التي توفِّر الخدمات الصحية مجاناً أو بكلفةٍ رمزية لسكانها، نرى أن لهذه المستشفيات دوراً أيضاً، إذ تتوافد إليها الفئات الميسورة التي تفضِّل الرعاية الخاصة والتي تطلب مرافق وتسهيلات غير متوفرة في القطاع الحكومي، وهي على استعداد لتحمُّل كلفة العلاج فيها.

عادةً تكون هذه المستشفيات أصغر حجماً من المستشفيات الحكومية، وهي تساعد على تخفيف الضغط على هذه المرافق.

وقد برز في العقود الثلاثة الماضية اتجاه لإنشاء مستشفياتٍ خاصة تملكها المصارف والمؤسسات المالية، وشركات الضمان، وتطرح تمويل هذه المستشفيات من خلال أسهم في المؤسسات المالية (البورصة). وأصبحت هذه المستشفيات أكبر حجماً وتدار بأفضل النظم الإدارية والمالية لترشيد الإنفاق وتعميم الربحية. وقد تمَّ تأسيس شركاتٍ ذات رأسمال مهم وكافٍ لإنشاء مثل هذه المرافق، وتهتم هذه المستشفيات عادةً بالفئات الاجتماعية الميسورة وتنشأ في الأماكن التي تتواجد فيها هذه المجموعات الفئتية.

وقد دأبت هذه المؤسسات المالية على إنشاء شبكة من المرافق في الدولة أو حتى في عدة دول، إذ إنه كلما ازداد عدد المرافق، انخفضت كلفة الإنتاج من خلال شراءٍ موحَّد للّوازم الطبية والإدارية والمعدات. كما أن هذه الشبكة قد شملت العديد من المرافق من عياداتٍ خارجية إلى مستشفياتٍ للأمراض الحادة والمزمنة والمرافق المتخصصة multihospital systems.

تجدر الإشارة في هذا المجال إلى أن بعض المستشفيات الخاصة، حتى تلك التي تبتغي الربح، قد تتعاقد مع القطاع الحكومي لتوفير العلاج لمرضى هذا القطاع على نفقة الوزارة أو الجهة الحكومية التي توفد المرضى. ففي بريطانيا مثلاً تتعاقد المستشفيات الحكومية مع مرافق خاصة لعلاج بعض المرضى الذين يحتاجون لخدماتٍ قد تكون غير متوفرة في القطاع الحكومي، أو في حال تجاوزت فترة انتظار المريض المدة المرجوة من الزمن، وبالتالي تضخم طابور انتظار الدور للعلاج.

إن أكثرية المستشفيات في دول المنطقة تملكها وزارة الصحة فيها، وهي تدار من قبل الوزارة ضمن القوانين المرعية في الدولة أي من خلال تشريعات وزارة المالية، ومجلس الخدمة المدنية (ديوان الموظفين) والتفتيش المالي والإداري للدولة، ويكون التمويل من الميزانية العامة للدولة. وارتباط المستشفيات الحكومية بالنظام الإداري

للدولة. يجعلها أقل مرونة في العمل الطبي، حيث تتبع الكوادر البشرية في المستشفى التوظيف العام، وتعمل من خلال الدوام الرسمي المحدَّد، وتكون طريقة تعويض أتعاب القوى البشرية من خلال الراتب الشهري، وقد اتسم العمل في هذه المرافق بالروتين الإداري الذي يقلل من إنتاجية العمل، ويطيل من فترة المعاملات الضرورية لعمل هذه المرافق.

وقد عمدت بعض الدول العربية إلى إنشاء مستشفياتٍ عامة تملكها الدولة، ولكن شرعت بإدارتها من قبل مؤسساتٍ حكومية تتمتع باستقلاليةٍ في العمل وبإدارة شبيهة بنهج العمل في القطاع الخاص من حيث مرونته وسهولة اتخاذ القرار فيه.

وقد تمَّ مؤخراً تأسيس شبكة مستشفياتٍ حكومية تدار جميعها من قبل مؤسسات حكومية مستقلة لا تبتغي الربح، ويعتبر ذلك تطوُّراً هاماً في الإدارة الصحية في المنطقة.

5 ـ التصنيف حسب الغرض من التشغيل

- **مستشفيات استثمارية:** وهي مستشفيات خصوصية يملكها أفراد أو مجموعات أو هيئات استثمارية، والغرض من تشغيلها تحقيق الربح المادي، وهي تخضع للضرائب كأي مؤسسة اقتصادية تجارية أو صناعية.
- **مستشفيات لا استثمارية:** وهي لا تهدف للكسب المادي، وهذه بدورها يمكن أن تكون حكومية أو خاصة، وفيها يبتغي الأفراد المالكون أو المؤسسات المالكة للمستشفى تقديم الرعاية الصحية للمجتمع بسعر التكلفة دون تحقيق أرباح مادية لأن الغرض الأساسي هو خدمة المجتمع. وإذا حقق تشغيل إحدى هذه المستشفيات أي عائد مالي فيتم استثمار هذا العائد في ذلك المستشفى بتوسيعه أو بإضافة خدمات أخرى، وعلى هذا الأساس تكون هذه المستشفيات معفاة من الضرائب.

يتضح مما سبق أنه إذا أردنا الوصف الكامل للمستشفى فيجب استعمال أكثر من تصنيف، فمثلاً نقول إنه مستشفى حكومي عام general governmental hospital أو مستشفى جامعي university hospital أو مستشفى خصوصي لا استثماري non-profit private hospital وما شابه ذلك.

التنظيم الداخلي للمستشفى

لا شك في أن المستشفى هو من أكثر منظمات الخدمات الصحية تعقيداً، ويرجع ذلك أساساً إلى تنوع طبيعة العمل في المستشفى وما يتبع ذلك من تعدد الوظائف. ومن المعروف أيضاً أن المستشفى يقوم بتقديم خدماته للجمهور مباشرة وذلك يستدعي درجة كبيرة من التنظيم ومهارة في الإدارة. ومن الطبيعي أن يختلف الهيكل التنظيمي

من مستشفى لآخر حسب نوعية المستشفى وحجمه والجهة المالكة والغرض من التشغيل.

ولفهم التنظيم الداخلي لأي مستشفى، يستعان بخريطة تنظيمية organogram توضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة وتبين أقسامها وتحدد مسؤولية وواجبات كل قسم، كما توضح أيضاً السلطات والمسؤوليات وقنوات الاتصال بين الأقسام، ويلجأ إليها الخبراء لدراسة المشكلات الإدارية ومحاولة وضع الحلول المناسبة لها.

ينفرد المستشفى عن سائر المنظمات بوجود ثلاثة عناصر هامة في الإدارة وهي:

- مجلس الإدارة ورئيس مجلس الإدارة
- الجهاز الإداري والمدير
- الهيئة الطبية ورئيس الهيئة الطبية

ولا بد من إيجاد علاقة عمل وثيقة بين هذه العناصر لكي يتم التنسيق بينها لضمان حسن سير العمل وعدم تعارض النواحي الإدارية والتقنية مع النواحي الطبية.

1 ـ مجلس الإدارة

مجلس الإدارة هو السلطة العليا في المستشفى والمسؤول عن حسن إدارته ونوعية الخدمة المقدمة. يقرّ المجلس جميع القواعد واللوائح التي تنظم سير العمل في المستشفى وأقسامه المختلفة، ويقرّ الميزانية السنوية وجميع الشؤون المالية الأخرى، كما يقوم بتعيين مدير المستشفى ويحدد سلطاته ومسؤولياته، ويقرّ نظام الهيئة الطبية والمعايير التي يتم على أساسها اختيار الأطباء العاملين بالمستشفى ويحدد واجباتهم ومسؤولياتهم، كما يقوم المجلس أيضاً بتحديد معايير الخدمة الطبية وطرق مراقبة جودة العمل الطبي بالمستشفى.

وسواء كان المستشفى حكومياً أو خاصاً فإن مجلس الإدارة يمثل من الناحية القانونية مالكي المستشفى، وعليه بالتالي مسؤولية المراقبة الطبية والإدارية والمالية وحماية المكونات الرئيسية للمستشفى من مبان وأجهزة ومعدات مع التأكد من استمرارية الصيانة والتحديث.

وينعقد المجلس بصفة دورية للنظر في الأمور الهامة التي يرفعها مدير المستشفى إليه بصفته أمين السر التنفيذي لمجلس الإدارة.

2 ـ مدير المستشفى

يؤدي مدير المستشفى، بمساندة الجهاز الإداري، دوراً هاماً وحساساً يتطلب العديد من

المهارات والمواصفات. في الماضي كانت مؤهلات مدير المستشفى تقضي بأن يكون طبيباً متمرساً في مهنته وملماً بأمور المستشفيات، وكان نجاح المدير ومقدرته على النهوض بالمستشفى يتوقفان على ميّزاته الشخصية والفردية وليس على دراسته وتدريبه في مجال إدارة المستشفيات. أما الآن وبعد التطور السريع في خدمات المستشفى واتساع دوره فقد أصبحت إدارة المستشفيات علماً مستقلاً ويحتاج إلى سنوات عديدة من الدراسة والبحث والتدريب كي يتخرج منها الدارس ويبدأ حياته العملية كمتدرب في إدارة المستشفى إلى أن يصبح مديراً فيما بعد. وسواء كان لمدير المستشفى خبرة سابقة في العلوم الطبية أم لا، فلا بد من أن يدرس المواضيع التالية حتى يستطيع أداء واجباته بدراية وكفاءة:

- النظام الصحي العام ودور المستشفى فيه.
- المحاسبة والعلوم المالية، بما في ذلك الميزانية وحساب التكاليف.
- إدارة القوى البشرية.
- إدارة الأقسام الداخلية للمستشفيات.
- علاقة القانون بالطب، والتشريعات الصحية المختلفة.
- علم الإحصاء، ونظم المعلومات، واستخدام الحاسوب.
- الأمراض السارية وانتشارها والوقاية منها.
- الأمراض الإنسانية والعلاقات بين الأفراد والسلوك الإنساني.
- الإنتاجية وسبل تحليلها ورفع مستواها.

وعلى مدير المستشفى أن يستعين بهذه العلوم كي يضفي على نهجه الإداري نوعاً من السلوك العلمي في التحليل واتخاذ القرارات، كما يجب عليه أن يتمتع بروح القيادة الإدارية وأن يكون قادراً على الاتصال والتخاطب مع كل فئة في المستشفى بلغتها ومفهومها وبأسلوب إداري ملائم.

3 ـ الهيئة الطبية Medical Staff

تشمل الهيئة الطبية كل الأطباء العاملين في المستشفى على اختلاف درجاتهم، ويخضع الأطباء في عملهم لنظم وقوانين توضع من قبل الهيئة الطبية ويتم إقرارها من مجلس إدارة المستشفى وذلك لتنظيم النواحي التالية:

- طريقة اختيار الأطباء الذين لهم حق الممارسة في المستشفى وترقيتهم وفرض العقوبات بحقهم إذا خالفوا اللوائح أو النظم الطبية المتعارف عليها. ويقسم الأطباء إلى درجات وفق مؤهلاتهم العلمية وخبرتهم: منهم الطبيب الاستشاري

consultant والاختصاصي specialist والممارس العام general practitioner والطبيب المقيم resident والطبيب المتدرب on training.

- حقوق وواجبات كل فئة فيما يتعلق بإدخال المرضى للمستشفى وعلاجهم.
- نوعية الخدمة الطبية التي يمكنهم ممارستها.
- مسؤوليتهم القانونية تجاه المريض والمجتمع.
- نظم تقييم العمل والتفتيش الطبي medical audit، وضمان الجودة quality assurance، وغير ذلك من النظم واللوائح التي تهدف إلى رفع مستوى الخدمات.

4 ـ التنسيق Coordination

يتم التنسيق بين مجلس الإدارة ومدير المستشفى ورئيس الهيئة الطبية عن طريق لجنة عليا تمثل فيها الجهات الثلاث. وفي الغالب تتألف اللجنة من ممثل مجلس الإدارة ومدير المستشفى ورئيس الأطباء، وفي بعض الأحيان من رئيسة هيئة التمريض. وتنحصر مهمة هذه اللجنة في دراسة الموضوعات الهامة وإبداء الرأي فيها من الناحية الإدارية والطبية والتمريضية، وترفع اللجنة توصياتها في هذه الموضوعات إلى مجلس الإدارة.

5 ـ أداء المستشفى

نظراً للزيادة المستمرة في تكلفة الخدمة بالمستشفيات ولتحديد الحاجة لخدماتها وضبط جودة هذه الخدمات، يجب على مدير المستشفى التأكد من كفاءة التشغيل وحسن الانتفاع بأسرّة المستشفى ومرافقها المختلفة. ويستعين في هذا المجال بمؤشرات خاصة للأداء يمكن تعريفها بأنها مقاييس للأداء يستعين بها مدير المستشفى في عملية الإدارة بشكل متواصل، وهي نابعة أساساً من المعلومات التي تتولد عن عملية التشغيل.

لم تكن هذه المؤشرات متاحة من قبل، ولكن مع تطور علوم الإدارة والإحصاءات واستعمال الحاسوب في الإدارة، أصبح في الإمكان تخزين كمية كبيرة من المعلومات وتحليلها واسترجاعها على شكل مؤشرات تساعد مدير المستشفى على اتخاذ القرارات المناسبة التي تؤدي إلى زيادة كفاءة التشغيل. كما تساعد هذه المؤشرات الهيئة الطبية في أدائها لعملها وفي إجراء البحوث والدراسات اللازمة.

فيما يلي شرح موجز لأهم مؤشرات الأداء في المستشفى:

أ ـ وحدة القياس Measurement Unit

إن وحدة قياس التشغيل في المستشفى هي اليوم العلاجي (مريض ـ يوم) patient-day، أي سرير مشغول بمريض في فترة يوم، فإذا افترضنا أن سريراً واحداً في

المستشفى مشغول بصفة مستمرة على مدار السنة فإنه يقدم 365 يوماً علاجياً، أما إذا كانت نسبة التشغيل في المستشفى 80% فإن السرير يوفّر 365 × 0.8= 292 يوماً علاجياً.

ب ـ عدد الأسرّة الفعلي Bed Complement

وهو العدد الفعلي للأسرّة التي يمكن إدخال المرضى إليها للمعالجة، وقد يكون هذا العدد أقل من عدد الأسرّة التي بني المستشفى على أساسه لسبب أو لآخر كعدم تواجد عدد كاف من فريق التمريض والعاملين الصحيين. كما يشمل العدد الفعلي للأسرّة حاضنات حديثي الولادة والذين يحتاجون إلى رعاية خاصة بهم، ولكنه لا يشمل أسرّة حديثي الولادة الأصحاء الذين يبقون في المستشفى ما بقيت أمهاتهم فيه.

ج ـ معدل إشغال الأسرّة Bed Occupancy Rate

$$\text{النسبة المئوية لإشغال الأسرة} = \frac{\text{عدد المرضى} \times 100}{\text{عدد الأسرَّة}}$$

ويمكن حساب هذه النسبة يومياً أو حساب متوسط النسبة لفترة زمنية معينة كشهر أو عام كامل، كما يمكن حساب النسبة للمستشفى ككل ولكل قسم من الأقسام لتحديد الأسرّة الشاغرة أو لتحويل الأسرّة من قسم لآخر.

ويعتبر المعدل الوسطي لإشغال الأسرّة average bed occupancy rate من أهم المؤشرات لقياس كفاءة التشغيل، وبناء عليه يتم تقدير احتياجات المستشفى من عاملين وأدوات طبية وأجهزة ووجبات طعام وغيرها، كما أن له أهمية خاصة في تقديرات الميزانية وحساب التكاليف. وقد يبدو لأول وهلة أن الهدف هو إشغال كامل الأسرّة، أي أن تكون النسبة 100%، ولكن في الحقيقة يجب ترك بعض الأسرّة شاغرة لمواجهة الحالات الطارئة نتيجة الكوارث الطبيعية. والمعدل الوسطي الأمثل لإشغال الأسرّة هو ما بين 85 و90%، ويمكن القول إن المستشفى يعمل بكامل طاقته إذا وصل المعدل إلى هذا الحد.

د ـ عدد الأيام العلاجية Number of Patient-Days

ويتم حساب هذا العدد لفترة زمنية معينة، وهو يساوي:

عدد الأسرّة × المعدل الوسطي لإشغال الأسرّة لهذه الفترة × عدد الأيام خلال هذه الفترة.

فمثلاً إذا أردنا حساب عدد الأيام العلاجية خلال شهر نيسان/أبريل، وكان المعدل الوسطي لإشغال الأسرّة 80% فإن عدد الأيام العلاجية يساوي:

عدد الأسرّة الفعلي × 30 × 80

ويفيد هذا المؤشر أيضاً في تحديد الاحتياجات ووضع الميزانية وتقدير التكلفة الإجمالية للتشغيل.

هـ ـ متوسط المكث في المستشفى Average Length of Stay

إن متوسط مكث المريض في أي قسم من أقسام المستشفى هو من أهم المؤشرات في أداء الخدمات من الناحية الطبية. فالمتفق عليه أن المريض يجب أن لا يبقى في المستشفى لفترة أطول مما يلزمه العلاج، حتى يمكن تخفيض التكاليف بالنسبة للمريض الفرد والمجتمع ككل. أما من ناحية الدلالة الطبية فإنه إذا طالت فترة مكث المريض عن المدة المعقولة والمقبولة فلا بد أن ذلك يعود لأسباب يمكن تلافيها. وهناك طرق عديدة لمحاولة تقصير متوسط المكث مثل إجراء كل الفحوصات اللازمة قبل دخول المستشفى وإدخال المريض الجراحي إلى المستشفى في موعد يتلاءم مع موعد إجراء العملية الجراحية.

ويتم حساب متوسط مدة المكث كما يلي:

$$\text{متوسط المكث} = \frac{\text{عدد أيام العلاج}}{\text{عدد المرضى المتخرجين في تلك الفترة}}$$

ولكي يصبح هذا المؤشر ذا قيمة أكبر يجب حسابه لكل قسم من أقسام المستشفى على حدة ليمكن مقارنته بمقاييس مشابهة في كل اختصاص. فمثلاً يكون متوسط المكث في قسم العيون أو قسم الأنف والأذن والحنجرة أقل بكثير من متوسط المكث في قسم الأمراض الباطنية، وهو في قسم التوليد أقل منه في قسم الجراحة. وفي بعض الدول الغربية تجرى مراقبة هذا المؤشر لكل مرض من الأمراض على حدة ليتم على أساسه التوصل إلى طريقة لوضع الأسعار والمحاسبة في المستشفى.

ترابط المؤشرات

يحتاج ترابط المؤشرات أحدها مع الآخر إلى بعض التحليل:

أولاً: أصبح من الصعب تواجد خدمات طبية متطوِّرة في مستشفى صغير، ذلك أن عدد الأسِرَّة أو عدد المرضى الداخلين لا يسمح باستعمالٍ كبير لهذه الأجهزة أو الخدمات المعقدة ـ مما يزيد كثيراً من كلفة التشخيص أو الخدمة المتطوِّرة ـ ولما كان عالم الطب يزخر اليوم بتقنية متطورة يتوجَّب تجديدها في فترات زمنية متقاربة، أصبح

من الضروري اقتصادياً أن تتواجد هذه الخدمات وهذه المعدات المتطوِّرة في مستشفيات كبيرة كي تصبح كلفة الخدمة معقولة ومقبولة سواء من الفرد أو من الجهة التي تموِّل الرعاية الصحية.

ثانياً: إن نسبة إشغال الأسِرَّة تؤثِّر مباشرة على متوسط فترة إقامة المريض، ففي المستشفيات الكبيرة كالمستشفيات الجامعية والمراكز الصحية، حيث التجهيزات العصرية، يقوم الأطباء المعالجون بإجراء الفحوصات التشخيصية في الأيام الثلاثة الأولى من إقامة المريض ـ يتم بعدها اعتماد التشخيص النهائي عادة ومن ثم العلاج، فتخف ضرورة إبقاء المريض في المستشفى، مما يقصر من فترة إقامته، وبالتالي يصبح بالإمكان أن يأخذ مكانه مريض آخر.

ثالثاً: ترتبط كلفة اليوم المرضي الواحد بمتوسط فترة إقامة المريض ـ فإذا كانت الإقامة قصيرة، تصبح الكلفة اليومية كبيرة ـ دون أن يؤدي ذلك بالضرورة إلى زيادة كلفة الإقامة ـ إذ إن عدد الأيام المرضية يصبح أدنى مما هو في المشافي الصغيرة.

ضمان الجودة Quality Assurance

من المسؤوليات التي تقع على عاتق إدارة المستشفى التأكد من أن الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى هي على درجة عالية من الجودة. فالاهتمام بالتكلفة وترشيدها يجب ألا يثني إدارة المستشفى عن مراقبة جودة الخدمات. ويتحقق ذلك باستحداث برنامج لضمان الجودة يعتمد اساساً على التفتيش الطبي، وهو عبارة عن تقييم مهني لعمل الأطباء مبني على أسس طبية وعلمية تتفق عليها الهيئة الطبية في المستشفى. والتفتيش الطبي يشبه إلى حد ما التفتيش الحسابي ولكن يفوقه أهمية لأن التقصير الحسابي يسهل تعويضه أما التقصير الطبي فيمكن أن يودي بحياة المريض أو على الأقل يعرّضه لمضاعفات من الممكن تجنبها.

ويعتمد برنامج التفتيش الطبي على الأسس التالية:

- وجود نظام معتمد للهيئة الطبية يعترف بضرورة التفتيش الطبي ويضع النظام اللازم لتحقيقه
- وجود سجلات دقيقة وشاملة للمرضى
- وضع معايير ونظم من قبل الأطباء والمتخصصين كلٌ في مجال تخصصه
- مراجعة نتائج العمل الطبي وتدوينها في السجلات الطبية
- فحص عينة عشوائية من السجلات الطبية للتأكد من مطابقة العلاج الطبي وطرقه للمعايير المتفق عليها
- اتخاذ القرارات الإدارية بحق المخالفين لهذه المعايير

- استعداد الأطباء لتقبل النقد الذاتي بصورة إيجابية
- التعامل مع التفتيش الطبي بسرية تحفظ حقوق المرضى والأطباء

وأهم الأسباب المؤدية إلى نجاح أو فشل برنامج ضمان الجودة هو مدى التزام جميع الأطباء بتنفيذ بنوده، وأن يرتبط البرنامج بحوافز تشجيعية للأطباء عندما تكون النتيجة إيجابية، وبإجراءات تأديبية عندما تكون النتائج سلبية. كما يجب المحافظة على استمرارية البرنامج بأن يكون جزءاً لا يتجزأ من تنظيم الهيئة الطبية واللوائح والنظم التي تعمل بمقتضاها.

القوى المؤثرة في تطوُّر المستشفيات

يتأثَّر تطوُّر المستشفيات بالقوى التالية:

أولاً ـ التقدُّم في العلوم الطبية

شهدت العقود الماضية تقدُّماً هائلاً في مختلف العلوم الطبية وفي كافة الاختصاصات نظراً للاكتشافات الناتجة عن البحوث في معظم ميادين الطب. وقد أدى هذا التطوُّر إلى جعل المستشفيات مراكز لتوفير أفضل أنواع الرعاية الصحية، وتأمين السلامة وتفعيل العلاج. وأتت هذه الاكتشافات نتيجة بحوث في العلوم الأساسية الطبية مثل علم الكيمياء الحياتية، وعلم وظائف الجسم (الفيزيولوجيا) وعلم الإدوية (الفارماكولوجيا)، وكذلك في ميادين التشخيص والعلاج. وقد جعلت هذه الاكتشافات من المستشفيات الرئيسية الحصن الأول للطب، ففيها نجد الأطباء ذوي الاختصاص الدقيق، والفريق التمريضي ذا المهارات المؤكدة والأجهزة الطبية المعقدة وأجهزة العلاج المتقدمة، فأصبحت المستشفيات الرئيسية مراكز تحويل للمرضى من قبل الطبيب العام أو طبيب الأسرة أو من قبل العاملين في المستوصفات والعيادات الخارجية ومراكز الرعاية الصحية الأولية.

تجدر الإشارة هنا إلى أن تحويل المرضى بالأعداد الكافية جعلت نوعية الرعاية الصحية أفضل وكلفتها أقل، ذلك أن الفريق الطبي المعالج يكتسب خبرة ومعرفة ومهارات إضافية مع معالجة عدد أكبر من المرضى المحوَّلين إلى المستشفيات، كما أن كلفة ومدة العلاج تنخفضان مع تزايد المراجعين لأن كلفة التجهيزات تتوزَّع على أعدادٍ أكبر من المرضى.

ثانياً ـ التقدُّم الهائل في التقنية الطبية

إضافة إلى ما ذكر أعلاه، فإن المعدات والأجهزة الطبية أخذت تلعب دوراً في تطوير

التشخيص والعلاج، فالتقنية المعاصرة أدَّت إلى اكتشاف طرقٍ جديدة للتشخيص والعلاج لم تكن موجودةً قبل عقدين من الزمن. فالتصوير الطبقي وجهاز الرنين المغناطيسي هما من الاكتشافات التي حصلت في السنوات العشرين الماضية، وكذلك العلاج بواسطة المنظار وهو تقنية حديثة فتحت مجالاتٍ كبيرة في الجراحة والتشخيص.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن الانتقاد الذي كان سائداً حول كلفة هذه التقنية الحديثة، وهي فعلاً باهظة الثمن، أخذ يتراجع منذ سنواتٍ قليلة، لأن هذه التقنية خفضت من كلفة العلاج مما زاد من عمر المريض بصورةٍ عامة. وقد برز ذلك في مؤشر العمر المتوقع عند الولادة، الذي ازداد سنوات عديدة في معظم البلدان، وهي زيادة تكاد تصل إلى عشرين سنة، رغم أن هنالك عوامل كثيرة أخرى ساهمت أيضاً في هذه الزيادة.

ثالثاً ـ التقدُّم في المهن الطبية

إن التقدُّم الذي حصل في مختلف المهن الطبية والاختصاصات على أنواعها، والذي شمل فريق الأطباء والممرضين والفنيين جعل من المستشفى المركز الرئيسي لممارسة الاختصاص والتعليم الطبي. فالمستشفى هو القطب الأساسي للتدريب والتعليم، حتى لأطباء الأسرة والممارسين العاملين، فالمرضى يبقون العامل الرئيسي لتعلُّم الفريق الطبي، لا سيما من كان يشكو من أمراضٍ دقيقة وصعبة تتطلّب كفاءات متنوعة ومختلفة من أعضاء الفريق المعالج.

رابعاً ـ شركات التأمين والفريق الثالث

كما ذكرنا في فصل «التمويل الصحي»، بدأ التأمين الصحي أساساً لدعم المستشفيات خلال فترة الركود الاقتصادي في العقد الثالث من القرن الماضي، وشكلت حينذاك عملية الدخول إلى المستشفى أول ركيزةٍ للتأمين، إذ إن عملية الدخول بقيت محددة يمكن التأكد منها من خلال مراجعة السجلات الطبية، وبقيت شركات التأمين لفترة طويلة توفر التأمين فقط لحالات الاستشفاء مما ساعد في إبراز دور المستشفيات في الرعاية الصحية.

كما أن شركات التأمين لعبت أيضاً دوراً رئيسياً في تطوير عملية الدخول والاستفادة من المستشفى نتيجة الكلفة المرتفعة، فأخذت شركات التأمين بإنشاء شبكة من المستشفيات للتعاقد معها ضمن تعريفة مقبولة من الطرفين، كما ساعدت شركات التأمين في استنباط تنظيمات إدارية جديدة لتوفير الرعاية الصحية.

خامساً ـ دور القطاع الحكومي

أبرزت الحكومة دور المستشفيات من خلال عوامل كثيرة، أولها بأن الدول أخذت منذ

التأثيرات الخارجية

القوانين والتشريعات

شروط الفريق الثالث

الترخيص لأعضاء الفريق الطبي

شروط اعتماد المستشفيات

توقعات الأهالي والمجتمع

دور مجلس أمناء المستشفى

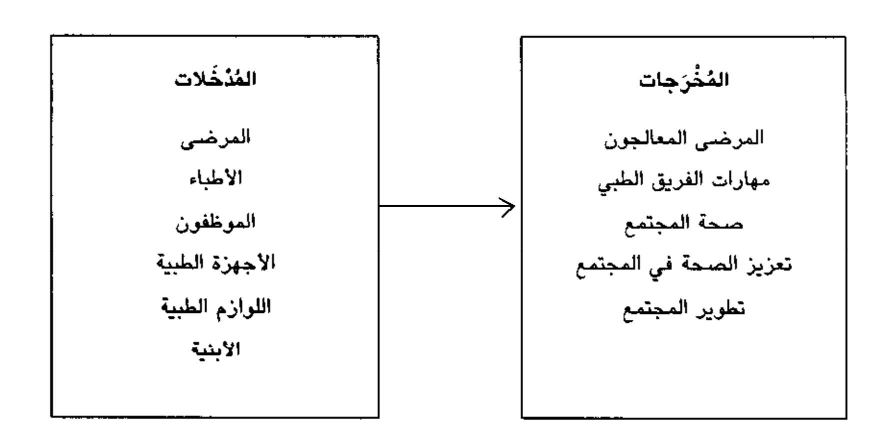
أصدقاء وأسرة المرضى

التمويل

التعريفة عند التعاقد

↓

المستشفى



منتصف القرن العشرين بتشييد المستشفيات في معظم المدن الرئيسية في كافة الأقطار. فالمستشفى ركن أساسي ويظهر للعموم بأن الدولة تهتم بتوفير الرعاية الصحية لأبناء الدولة، وهو مرفق واضح ومهم وداعم لجهود المسؤولين والدولة.

وقد شجَّع القطاع الحكومي قيام المستشفيات وقام بتمويلها، لأن الخدمات الطبية فيها لا تُحمَّل كلفتها للمريض، كما أنها أفضل تجهيزاً من المستوصفات والمراكز الصحية. كذلك أخذت الدولة على عاتقها علاج بعض المرضى في المستشفيات الخاصة على حساب الدولة، الأمر الذي أدّى إلى ازدهار هذه المستشفيات أيضاً.

أخيراً، ولما كانت الدولة مسؤولة عن علاج المرضى الذين يحتاجون لعنايةٍ مكثفة وطويلة الأمد والتي تعد «كوارث طبية»، ولما كان هذا العلاج متوفراً بالدرجة الأولى في المستشفيات دون غيرها من المرافق، ازدادت أهمية المستشفيات في النظام الصحي.

التغييرات المرتقبة في المرافق الاستشفائية

أدّى ارتفاع الفاتورة الصحية وإدخال التقنيات الحديثة إلى تحوُّلاتٍ مهمة في النظام الصحي وإلى توقعاتٍ منها:

أولاً ـ خفض فترة الإقامة في المستشفى

أدَّت التطورات المذكورة أعلاه إلى خفض معدَّل فترة الإقامة في المستشفى، ففي الحالات التي تتطلَّب جراحة، خفَّضت تقنية المنظار من المراضة بشكلٍ كبير، فبدلاً من عدة أيام كان يمضيها المريض للتعافي بعد عمليةٍ جراحية عادية، فإن الجراحة بواسطة المنظار خفَّضت الإقامة وجعلت بعض العمليات الجراحية تتم خلال يوم واحد. أما في الحالات التي لا تتطلَّب جراحة، فإن تطوُّر نظم التشخيص، مثل الرنين المغناطيسي أو التصوير الطبقي، جعل التشخيص أكثر سهولة وأكثر دقة، مما خفَّض أيضاً من فترة إقامة المريض داخل المرفق ـ كما أن استحداث مراكز للتشخيص خارج المستشفى، جعل معظم الفحوصات تجرى والمريض خارج المرفق أيضاً.

ثانياً ـ خفض عدد الأسِرَّة وعدد المستشفيات

أدّى خفض فترة الإقامة في المستشفى إلى تخفيضٍ كبير في عدد الأسِرَّة الضرورية للمستشفى، وبالتالي إلى خفض أعداد المستشفيات، فأقفل البعض منها أو تحوَّل البعض الآخر إلى مرافق صحية أخرى كدور المسنين. ففي الولايات المتحدة على وجه المثال، انخفض عدد المستشفيات العاملة من 7156 مستشفى عام 1975 إلى 6301 مستشفى عام 1996، وانخفض عدد الأسِرَّة أيضاً بحوالي ثلث مليون سرير خلال هذه الفترة، كما أن حالات الدخول انخفضت من 36157 إلى 33306 حالة دخول رغم الزيادة في عدد السكان.

أما في الدول العربية، فتدلُّ الاحصائيات إلى انخفاض واضح في نسبة إشغال أسِرَّة

المستشفيات، مقارنة مع معدَّل إشغال في الدول الأوروبية يصل إلى 82%:

البحرين 77%

تونس 64%

الأردن 60%

عمان 58%

لبنان 56%

إيران 54%

الإمارات 54%

الجزائر 50%

المغرب 45%

مصر 37%

المصدر: البنك الدولي 2000

ثالثاً ـ ارتفاع كلفة اليوم الواحد

نتيجة قصر فترة الإقامة ازدادت إنتاجية المستشفى وتمَّ تفعيل إجراءات الدخول والعلاج والتشخيص، فازدادت نسبة الأعمال الطبية التي تجرى خلال يوم واحد أو ضمن فترةٍ زمنية محدَّدة، فازدادت كلفة اليوم الواحد في المستشفى، ففي الولايات المتحدة مثلاً، تناهز كلفة اليوم الواحد حالياً 1500 دولار، وهذه هي كلفة الحالات العادية التي لا تتطلَّب إجراء عملية جراحية أو عناية مكثفة أو تشخيص مكلف، وهكذا أصبحت التكاليف الإجمالية الصحية 360 بليون دولار عام 1996 مقارنة بـ 9 بلايين عام 1960، وتتكفل الدولة بنسبة 62% من مصاريف الاستشفاء من خلال برامج رعاية كبار السن والمحتاجين، فيما تسدِّد شركات التأمين 32% والأفراد 3% من جيبهم الخاص.

رابعاً ـ ارتفاع نسبة الحالات الصعبة

أدَّت كلفة الرعاية داخل المستشفى إلى محاولة تخفيض حالات الدخول، لا سيما إذا أمكن تشخيص المريض وعلاجه خارج المستشفى، وقد أدَّى ذلك بالطبع إلى ارتفاع نسبة المرضى الذين يعانون من أمراضٍ حرجة ودقيقة والتي تتطلَّب أحياناً عناية فائقة أو مكثفة، مما زاد الطلب لأقسام العناية المكثفة وإلى ارتفاع كلفة الإقامة، كما ذكرنا أعلاه.

خامساً ـ الحاجة إلى كوادر بشرية صحيَّة متخصِّصة

هذه العوامل أعلاه، أدَّت إلى برز حاجةٍ ماسة لقوى بشرية صحية أكثر علماً وتخصصاً، سواء أكان ذلك من الأطباء أو أعضاء فريق التمريض أو الفنيين. فالمعدات الطبية الحديثة تتطلَّب فنيين أكثر إلماماً بإدارتها وصيانتها وتشغيلها، كما أن المرضى يحتاجون لعنايةٍ تمريضية مكثفة تتطلَّب مستوى أعلى من العلم والخبرة، أما الأطباء فالحاجة أبرز للاختصاصيين في الحالات الدقيقة. كل هذه العوامل جعلت من المستشفى مرفقاً تخصصياً أكثر تعقيداً، يتطلَّب رعاية صحية أفضل دون انتظار وبنوعية مؤكدة.

سادساً ـ الزيادة في أعداد المسنِّين

نظراً لتقدُّم العلوم الطبية، ازدادت نسبة كبار السن في المجموعات السكانية، وهذه الفئة تتطلَّب أعمالاً طبية في سنوات تقدُّم العمر أكثر مما كان عليه الوضع منذ عقدين من الزمن، ففي الدول الأوروبية والأميركية نسبة المسنين حوالي 12 ـ 14% من مجموع عدد السكان.

سابعاً ـ زيادة الوعي في المجتمع

مع تطوُّر نظم التعليم وتوفُّره أمام كافة فئات المجتمع، ازداد الوعي الصحي والثقافة الصحية، مما أدَّى إلى زيادةٍ كبيرة هي الاهتمام بالصحة، وبالتالي طلب الرعاية الصحية، كما أن المجتمع أصبح إجمالاً أكثر ثراءً وغنى، مما جعل الأفراد والأسر تتطلَّب رعاية صحية أفضل دون انتظار وبنوعيةٍ مؤكَّدة، تدلُّ إحصائيات استخدام الإنترنت أن صفحات الصحة تستحوذ أكثر الاهتمام من مجموع صحف الإنترنت.

ثامناً ـ التأكيد على النوعية الجيدة

أدَّت زيادة الوعي، والثقافة والتعليم في كافة فئات المجتمع إلى المطالبة بجودةٍ مميَّزة من الرعاية الصحية، لا سيما الاستشفائية منها. كما دعم هذا التوجُّه من قبل شركات التأمين والتنظيمات المستحدثة في الإدارة الصحية، فأصبح موضوع اعتماد المستشفيات من قبل منظماتٍ مختصة في هذا المجال، من أساسيات العمل.

وكانت تنظيمات متخصصة في مجال اعتماد المستشفيات accreditation قد بدأت العمل في الولايات المتحدة في منتصف القرن العشرين، وكانت الجمعية الأميركية للمستشفيات قد استحدثت أصول هذا التنظيم بالتعاون مع نقابات الأطباء والممرضين وكليات الطب في الجامعات.

وأخذت دول أخرى بهذا المنحى ومنها كندا وأستراليا وفرنسا والاتحاد الأوروبي

مؤخراً، ونتيجة ذلك تمَّت صياغة نظم علمية لاعتماد المستشفيات، يمكن تطبيقها دولياً في معظم دول العالم.

كما برزت في السنوات الأخيرة برامج لضمان ممارسة الرعاية الصحية بناءً لأدلة محدَّدة evidence - based medicine. وقد تمَّ التوصُّل إلى هذه الادلة بعد بحوث رصينة في ممارسة العمل الطبي في العديد من المراكز الطبية الجامعية في معظم الدول، وربطت شبكات التامين تعويض أتعاب الأطباء والمستشفى بمقدار ارتباط هذه بالأدلة المعتمدة.

تاسعاً ـ تأثير الأجهزة الطبية على الكلفة والجودة

لا شك في أن إدخال التقنيات الحديثة في الرعاية الصحية قد زاد من الكلفة، لا سيما فاتورة الإستشفاء. أدَّى هذا الأمر في العقود الثلاثة الماضية، إلى محاولة ضبط إدخال الأجهزة الطبية الباهظة الثمن من خلال تشريعاتٍ تلزم المستشفى بالتقدُّم بطلب شراء جهازٍ طبي، مع دراسةٍ وافية تؤكد حاجة المنطقة أو المجموعة السكانية لهذا الجهاز certificate of need، واعتمد المشرِّع على نسبٍ لتأكيد الحاجة، ولكن ظهرت في السنوات الماضية أدلة اقتصادية ومالية تشير إلى أن إدخال هذه التقنيات قد أدَّى إلى تخفيضٍ في الكلفة نتيجة السرعة في التشخيص والدقة في العلاج، مما خفض فترة إقامة المريض في المستشفى، وبالتالي الكلفة الإجمالية. وقد أظهرت الدراسات أن رغم حاجة المستشفى إلى رأسمال لشراء الجهاز، فإن كلفة تشغيله وكلفة الرعاية تنخفض مما يجعل مشروع شراء الجهاز أقل كلفة.

الخلاصة

إن موضوع تنظيم المستشفيات وإدارتها موضوع واسع ومتشعب، ويعتمد على العديد من العلوم الصحية والإدارية والاجتماعية والنفسية. والاتجاه الحديث هو أن يتولى إدارة المستشفى شخص على دراية وتدريب مهني معترف به. وبتقدم التكنولوجيا يشهد المستشفى تطوراً سريعاً في دوره في النظام الصحي وفي المجتمع، ولا بد أن يواكب هذا التطور نظرة علمية في موضوع تنظيم المستشفيات وإدارتها ولا سيما بعد إدخال تقنيات السجلات الالكترونية التي تعتمد على التصنيف الدولي للأمراض ICD، والتصنيف الدولي لتأدية الوظائف والعجز والصحة ICf.

الفصل العاشر

الموارد البشرية الصحية

Human Resources for Health

مقدّمة

نقوم في هذا الفصل بعرض واقع الموارد البشرية في القطاع الصحي، والتطوُّرات التي حصلت وأسبابها، مع التركيز على التعليم الطبي، والاختصاص، وتوزيع أعضاء الفريق الصحي من أطباء وممرضين وفنيين وإداريين، لاسيما فيما يختص بالوضع في دول إقليم شرق المتوسط.

كنا قد أشرنا في فصل "تطوُّر النظم الصحية" إلى التغييرات التي حصلت عبر التاريخ لواقع الأطباء منذ أيام الفراعنة في مصر حتى اليوم، وشرحنا في حينه التشابه بين الطبيب والممرضة من جهة، ورجل الدين والراهبة من جهةٍ أخرى، وللقارئ أن يعود إلى ذلك الفصل للمزيد من المعلومات. سندرس في هذا الفصل التطوُّرات التي حصلت في مجال الموارد البشرية ابتداءً من القرن العشرين وحتى الآن.

أهمية الموارد البشرية في القطاع الصحي

يشكِّل العاملون في القطاع الصحي في أية دولة، نسبة كبيرة من اليد العاملة تتجاوز نسبة العشرة بالمائة. والعاملون في القطاع الصحي نوعان:

1ـ **القوى الفنية**. وهم الأطباء وأعضاء الفريق الصحي الذي يشمل الصيادلة وأعضاء فريق التمريض والفنيين والإداريين، والزائرين الصحيين، وهم أصحاب مهنٍ صحية.

2 ـ **القوى العاملة**. وهي قوى تعمل في المرافق الصحية كافةً من مستشفيات، ومراكز صحية، ومراكز التشخيص، والمصانع والمعامل التي تنتج مواد صحية كمصانع الأدوية والمستلزمات الطبية، والمعدات التشخيصية، وغيرها. وهذه القوى بمعظمها قوى مساندة للعمل الطبي وتضم عمالاً مهرة وعمالاً عاديين يعملون في هذه المرافق. سنهتم في هذا الفصل بالموارد البشرية الفنية ـ دون غيرها ـ إذ إن العاملين الآخرين باستطاعتهم العمل في قطاعاتٍ أخرى من الاقتصاد.

طرأت زيادة كبيرة في أعداد القوى البشرية الفنية منذ منتصف القرن العشرين نتيجة التطوُّرات الكبيرة التي حصلت في النظم الصحية عامةً. وقد شملت هذه الزيادة:

1 ـ زيادة في العدد

2 ـ زيادة في الاختصاصات وأنواع المهن الصحية

فمع شمول الرعاية الصحية معظم المواطنين بعد أن أصبحت الرعاية حقًّا من حقوق المواطن، ازداد عدد المرافق الصحية الضرورية لتوفير هذه الرعاية، مما أدَّى إلى المزيد من الطلب على أعداد الأطباء وأعداد الفريق الصحي ـ بوجهٍ عام.

لكن مع إدخال التقنية الحديثة منذ منتصف القرن العشرين، ازداد الطلب على مهاراتٍ جديدة لم تكن موجودة قبل هذا التاريخ، فبرزت اختصاصات جديدة في الطب والتمريض ولاسيما في أنواع الفنيين الطبيين والإداريين.

وهذا فارق أول بين القطاع الصحي وغيره من القطاعات، فالتقنية أدَّت في معظم القطاعات الأخرى إلى وفرٍ في اليد العاملة. فمع استعمال المعدات الذكية الالكترونية (الإنسالات) Robotics خف الطلب على العمال، مثلما حصل مثلاً في صناعة السيارات أو مصانع الأنسجة أو المأكولات. أما في قطاع الصحة فقد أدَّت التقنيات إلى استحداث اختصاصات جديدة لم تكن موجودة من قبل كفنيي الأشعة والمختبرات على أنواعها. وقد أدى إدخال هذه التقنيات إلى زيادة في العدد والنوعية والمهارة المطلوبة من الفنيين في مختلف الاختصاصات، ذلك لأن أساس الرعاية الصحية لا يزال مرتكزاً على علاقة المريض بالطبيب، أو بالأحرى علاقة صاحب الحاجة الصحية مع مقدمي الرعاية الصحية. وهذه العلاقة هي علاقة بشرية وذات أهميةٍ كبيرة، وهي في صلب التغيير الذي يحصل في النظام الصحي والذي يؤدي إلى التغيير المطلوب بين المداخل والمخارج للنظام الصحي.

تجدر الإشارة هنا إلى أن الاقتصاديين يعتبرون أن الاقتصاد مبني على ثلاث ركائز هي الأرض (أي مساحة الدولة) والموارد البشرية والموارد المالية. وهذا الأمر ينطبق بوجهٍ خاص على القطاع الصحي. فللموارد البشرية أهمية خاصة تتجاوز في أهميتها في القطاعات الأخرى باستثناء قطاع التعليم، ذلك أن الموارد البشرية هي المعنية الأولى بنوعية الرعاية الصحية.

وهنالك أمثلة عديدة عن مرافق طبية متطورة ومجهَّزة بأفضل التقنيات الباهظة الثمن، ولكنها ذات نوعيةٍ منخفضة بسبب الموارد البشرية التي هي دون المستوى المطلوب لتوفير رعايةٍ جيدة مميَّزة.

سنقوم الآن بعرض أوضاع كل فريقٍ من أعضاء الجسم الصحي.

ا ـ الأطباء

من المعروف أن الطب الذي تواجد منذ أقدم العصور، لا يزال يشكل العمود الفقري للرعاية الصحية، والمدخل الرئيسي للنظام الصحي في كل الدول تقريباً.

كانت مهنة الطب حتى بداية القرن العشرين مهنة تدريبية، إذ كان تعليمه ومهاراته تكتسب من خلال مرافقة العلماء والأطباء ومناقشة حالات المرض، والتعليم بالممارسة حتى إذا ما اكتسب شخصٌ ما هذه المعلومات والمهارات، سمِّي نفسه أو أعطي لقب «الطبيب» من أستاذه أو معلمه. وفي تلك الفترة، لم تكن توجد ضوابط معيَّنة أو معايير محدَّدة يتوجَّب الحصول عليها كي تكتسب هذه المهنة.

مع اعتماد تقرير فلكسنر Flexner عام 1910 والذي أكَّد على ضرورة اعتماد مناهج محدَّدة لتعليم الطب، حسب ما كان الوضع في جامعة جونز هوبكنز في الولايات المتحدة، أخذت الدولة بسَنِّ القوانين المنظمة لمهنة الطب. فتم إقفال العديد من كليات الطب التي كانت تعمل آنذاك لعدم توافر الشروط المطلوبة. ومنذ ذلك التاريخ، أخذت كليات الطب باعتماد مناهج علمية يتشابه بعضها مع البعض الآخر، وقد تختلف في توقيت أو في جدولة المواد. وكانت معظم كليات الطب في العالم تقوم بتعليم المواد العلمية ذاتها من علوم التشريح ووظائف الجسم (الفيزيولوجيا) والكيمياء الحياتية، وعلم الأمراض (الباثولوجيا) وغيرها. كما كانت معظم المناهج ترتكز على التدريب السريري في معظم أقسام المستشفى، ذلك أن معالجة المرضى تبقى الوسيلة الأهم للتعليم والتدريب.

ـ **مناهج تعليم الطب**: تبدأ دراسة مهنة الطب بعد استكمال مرحلة التعليم الثانوي، وتمتد في معظم الدول لفترة تتراوح بين الستة والثمانية أعوام. وتشمل الدراسة عادةً سنة تدريب إضافية بعد استكمال المنهاج الأكاديمي.

وهناك بعض الأنظمة التعليمية التي تبدأ مباشرةً بتدريس الطب بعد مرحلة الثانوية العامة، ولفترة 6-7 سنوات (النمط المتَّبع في بريطانيا وفرنسا والدول الأوروبية إجمالاً). كما أن البعض الآخر من الأنظمة التعليمية يشترط فترة انتقالية من التعليم الجامعي تمتد لفترة 3 - 4 سنوات تسبق فترة التعليم الطبي التي تمتد هي أيضاً على 4 سنوات (وهو النمط المتَّبع إجمالاً في الولايات المتحدة).

ورغم أن المدة الإجمالية لدراسة الطب متشابهة في النمطين المذكورين، إلاَّ أن هناك تبايناً أساسياً فيما بينها. ففي النمط الأول يكون الطالب ضمن كلية الطب مع زملائه الذين يدرسون الطب كذلك. أما في النمط الثاني فالطالب لا يدخل كلية الطب إلاَّ بعد أن يقضي 3 أو 4 سنوات مع طلاب آخرين في كلية العلوم، وهذا ما يتيح للطالب فرصة للتأكد من رغبته في دراسة الطب، وامتحان قدرته على ذلك. فإذا قرَّر عدم متابعة

دراسة الطب، يكون بإمكانه دراسة علوم صحية أخرى أو التخصُّص في مجالاتٍ أخرى، دون أن يكون قد خسر هذه السنوات من الدراسة الجامعية. وهذا النمط يتيح للطالب أن يتعلم مواد تدرَّس في الجامعة، غير مواد الطب مثل مواد العلوم الاجتماعية والثقافة العامة والعلوم، فتتكوَّن لديه قاعدة علمية وثقافية واسعة قبل أن يدخل التعليم الطبي.

في كلا الحالتين، كانت دراسة الطب تتم عادةً في المستشفيات، وبشكلٍ رئيسي في المرحلة السريرية (الإكلينيكية)، وذلك بسبب وجود الأطباء والاختصاصيين والمرضى. فالمستشفيات بقيت لفترةٍ طويلة حصون الطب، وقد نتج عن ذلك رغبة الطلاب في دراسة الطب العام أولاً، ثم التخصّص، شأنهم شأن أساتذتهم الذين قاموا بتعليمهم للطب وتدريبهم في المستشفيات، وقد أدَّى هذا الأمر إلى زيادةٍ كبيرة في أعداد الأطباء الاختصاصيين.

ولما كانت معظم المستشفيات الجامعية توجد في المدن الكبرى وعواصم الدول، نتج عن ذلك تعليم نسبةٍ أكبر من سكان المدن، أو انتقال طلاب من الريف إلى المدن لتعلّم الطب، والبقاء في المدن فترة حوالي 6-8 سنوات، مما جعل عودتهم لممارسة الطب في الأرياف والمناطق النائية أمراً صعباً.

ومع انتشار مبادئ الرعاية الصحية الأولية كمدخلٍ لتأمين الصحة للجميع بحلول عام 2000، والذي ناشدت به منظمة الصحة العالمية، مع توافق كل الدول على هذه المبادئ، ازدادت المطالبة بتطوير مناهج تعليم الطب كي تشمل التدريب في المرافق الصحية الأخرى، إضافةً إلى المستشفيات. كما تمَّ تعديل المواد لتضاف مواد تتعلق بصحة المجتمع وعلوم الإدارة الصحية، وعلوم الوبائيات والإحصاء وسلوكيات الصحة.

وفي منتصف سبعينات القرن الماضي تم إنشاء شبكة دولية تعنى بتطوير مناهج الطب كي تصبح متأصلةً أكثر مع حاجات المجتمع كليات الطب المجتمعية التوجُّه community-oriented medical school، كما أدخلت هذه المناهج ابتكاراتٍ عديدة، منها تشجيع التعليم الذاتي self-learning، والتعلُّم من خلال دراسة حل المشاكل الصحية problem solving based learning. وقد ساعد إنشاء هذه الشبكة في تأسيس كليات للطب تعتمد على هذه المناهج، كان أولها في كندا ـ جامعة ماكماستر، وفي هولندا ـ جامعة ماسترخت. وقد شاركت كليات طبٍ عربية في هذه الشبكة، نذكر منها جامعة قناة السويس في مصر وجامعة الخليج العربي في البحرين وجامعة السودان وجامعة البصرة في العراق.

ـ عدد كليات الطب: شهد القرن العشرون زيادة هائلة في عدد كليات الطب في العالم، وكان السبب الرئيسي لهذه الزيادة، الطلب المتزايد على الرعاية الصحية مما استوجب تأسيس كليات إضافية عديدة في معظم الدول وذلك لتخريج المزيد من الأطباء.

وفي دول شرق المتوسط، ازدادت كليات الطب بشكلٍ مذهل في النصف الثاني من

القرن العشرين لاسيما بعد نيل دول المنطقة استقلالها، وقد أدَّى ذلك إلى زيادةٍ كبيرة في أعداد الأطباء في كل بلدان المنطقة.

وكان السبب الأول لارتفاع عدد كليات الطب زيادة الحاجة إلى أعدادٍ كبيرة من الأطباء، بالإضافة إلى عوامل أخرى لعبت دوراً مهماً أيضاً، نذكر منها اندفاع الطلاب لدراسة الطب، إذ تأكد لهم بأن هذه الدراسة تفتح لهم سبل ارتقاء السلم الاجتماعي أو تسهّله، ولا سيما أن نظرة المجتمع تجاه الطبيب سامية دون شك، كما تمهِّد لهم هذه الدراسة إمكانيةً أكبر لتحقيق دخلٍ مرتفع مقارنةً بغيرها من المهن. وفي بعض الدول ساهم دخول بعض الأطباء ميدان السياسة والحكم إلى زيادة الطلب على التعليم الطبي، كونه مؤهلاً لدخول الميدان السياسي والقيادي.

كل هذه العوامل ساعدت في زيادة عدد الأطباء في معظم دول أقليم شرق المتوسط. وبعد أن شهدت دول المنطقة نقصاً في عددهم في أوائل الخمسينات، أصبحت هناك زيادة في عدد الأطباء في العقود الأخيرة من القرن العشرين.

- **دراسة الطب خارج الدولة**: رغم الزيادة الكبيرة التي حصلت في عدد كليات الطب في دول إقليم شرق المتوسط، والتي أدّت إلى زيادةٍ كبيرة جداً في عدد الأطباء الخريجين، برزت ظاهرة دراسة الطب خارج الدولة التي ينتمي إليها الطالب، فأخذ عدد كبير من الطلاب في دراسة الطب في كلياتٍ عربية أخرى أو في كليات أوروبا الغربية والشرقية، ودول جنوب آسيا، وقليلٌ منهم في القارة الأميركية.

تعود أسباب هذه الظاهرة إلى عوامل عدة قد تكون مختلفة عن بعضها البعض، حسب الدولة وهي:

أ - زيادة عدد الطلاب الراغبين في دراسة الطب عن المقاعد المخصصة في كليات الطب لهذه الدراسة، حيث اعتمدت هذه الكليات سقفاً محدَّداً لعدد الطلاب "numerus clausus" لتوفير نوعيةٍ مقبولة أو جيدة حسب نسبة الطلاب إلى الاساتذة أو حسب نسبة أسِرَّة التدريب لعدد التلامذة. وقد اشترطت بعض أيضاً الكليات معدلات دنيا لا يمكن قبول طالبٍ لديه معدل أقل منها.

ب - في بعض دول الإقليم، حيث تعتبر دراسة الطب مكلفة جداً، فإن أكثر الخريجين، حتى منتصف ثمانينات القرن الماضي، يدرسون في جامعاتٍ خاصة، وقد دفع العائق المادي الكثيرين إلى دراسة الطب خارج بلدانهم. وقد سهَّل هذا الأمر استحداث منح دراسية يحصل عليها طالب الطب من دول عديدة. وقد تكون لهذه المنح تكلفة كبيرة تتحملها بعض الدول في الإقليم.

ج - كان العديد من دول المنطقة في منتصف القرن العشرين، يفتقر إلى كلياتٍ لتدريس الطب، فكانت الدولة توفد طلابها إلى خارج الدولة لدراسة الطب، وقد بقي هذا الوضع حتى بعد تأسيس كليات الطب في الدولة ذاتها.

مهما كانت الأسباب وراء دراسة الطب خارج الدولة، فقد أوجدت هذه الظاهرة خليطاً من الأطباء ضمن الدولة الواحدة، ومع هذا الخليط تباينت مستويات التدريس وممارسة المهنة، كما تعدَّدت منهجية الرعاية الصحية وكثرت أنواع الأدوية التي يجب توفرها، إذ إن لكل دولة أو منهاج نمطاً قد يختلف في وصف الدواء أو بعض أنواع الأدوية. فأصبح أرباب المهن الطبية في العديد من دول المنطقة فريقاً غير متجانس، وأصبحت جودة الرعاية الصحية تختلف عن بعضها البعض حسب وجهة نظر المجتمع، سواء كان ذلك صحيحاً أو لم يكن.

ـ **مواصفات طلاب الطب**: في العقود الأخيرة من القرن العشرين طرأ تحوُّل كبير في جنس طلاب الطب، فبعد أن كانت دراسة الطب محصورة تقريباً في الذكور، أخذت نسبة الإناث تتزايد بسرعة، وأصبح عدد النساء في أرباب المهن الطبية يزداد، حتى أن نسبتهن حالياً تكاد تتجاوز النصف في العديد من كليات الطب. وتأتي أهمية هذا الأمر في أن نسبة كبيرة من الطبيبات يمارسن الطب بعد التخرُّج والاختصاص خارج مواقع العمل التقليدية أو أن انتاجيتهن أكثر، إذ إن للمرأة مسؤوليات إضافية تزيد عما عند الأطباء الذكور، فالطبيبة تبقى أولاً زوجة ووالدة وربة أسرة، وعليها مسؤوليات تزيد إنتاجية العمل في مجال الطب بشكلٍ عام.

ومن الجانب الآخر، فقد سهل زيادة عدد الطبيبات على أصحاب الحاجة الصحية، من الإناث، الحصول على الرعاية الصحية وفقاً لتطلعاتهن الاجتماعية وربما الدينية. فالمعلوم أن شريحة كبيرة من الناس تفضل أن يكون الطبيب الذي يهتم بالمرأة والطفل أنثى، لاسيما في الشؤون النسائية الصحية البحتة، مما حدا بدولٍ عديدة إلى إعطاء الأفضلية للنساء في اختصاصات التوليد والنسائيات والأطفال وطب الأسرة.

ومن ناحيةٍ ثالثة، أدَّت زيادة عدد الكليات وعدد الأطباء إلى زيادة إمكانية دخول مهنة الطب أمام الطلاب من ذوي الدخل المحدود أو ممن ينتمي أهلهم إلى الطبقات غير الميسورة، لاسيما أن معظم كليات الطب الحكومية في دول الإقليم مجانية أو شبه مجانية وذات رسمٍ رمزي محدود. وبعد أن كانت مهنة الطب حكراً تقريباً على الطبقة الوسطى أو الفئات الأكثر ثراء في المجتمع، أخذت بالتحوُّل إلى مهنة يمكن لكافة الطبقات الاجتماعية أن تحصل عليها، مما سهَّل تفهُّم أرباب المهن الطبية بصورةٍ أفضل للمشاكل الصحية والحواجز المادية التي تحول دون حصول بعض الفئات على الرعاية الصحية بوجهٍ عام.

ـ **الاختصاص في الطب**: أدَّى تطوُّر العلوم الطبية في النصف الأول من القرن الماضي إلى بروز الحاجة للاختصاص في مهنة الطب. فبعد أن كان الطبيب الممارس العام General Practitioner يهتم بكافة الأمراض وبكافة الفئات العمرية، وبعد أن كان الاختصاص مقتصراً على من هو طبيب عام أو جراح عام، أخذت الاختصاصات الطبية

بالتزايد مع التقدّم المذهل في كمية المواد الطبية وعدد الممارسات التي أصبح من الصعب على طبيبٍ واحد أن يتحكم بها أو أن يمعن في تفاصيلها ودقائق أمورها.

فمنذ ثلاثينيات القرن العشرين بدأت الجمعيات العلمية الطبية بوضع مقاييس محدَّدة لكل اختصاص طبي، وأسست لذلك الزمالات الطبية Fellow ـ أمثال المجلس الأميركي American Board أو الجمعية العلمية البريطانية، ومع مرور الزمن تعدى عدد الزمالات الرئيسية والفرعية حوالي 40 اختصاصاً طبياً، وأصبح لكل اختصاص شروطه، كما اعتمدت مقاييس محدَّدة لأماكن التدريب وشروط لاعتماد التدريب في هذه المرافق.

أدى بروز الاختصاص الطبي إلى إبراز أكبر لدور المستشفيات في الرعاية الصحية، إذ كان التدريب في معظمه ضمن هذه المرافق، وتحت إشراف الاختصاصيين في كل حقل. وقد تأسست لهذه الغاية جمعيات علمية تعمل على اعتماد التدريب الاختصاصي في الطب، فبعد أن كانت كليات الطب في الجامعات هي المسؤولة الوحيدة عن تعليم الطب الأساسي، تشكلت جمعيات علمية تشارك فيها كليات الطب، ولكنها لا تقتصر عليها، وضمت جمعيات المستشفيات وجمعيات الأطباء ونقاباتهم. فالتدريب في الاختصاص هو تدريب عملي سريري، لا يخضع لكليات الطب فقط، بل يشمل جمعيات علمية أخرى، ولا يحصل الطبيب الاختصاصي على شهادة جامعية أكاديمية، بل يحصل على شهادة اختصاص من المستشفى أو (وهذا أفضل) على زمالة من كلية الاختصاص، بعد نجاحه في الامتحان الخطي والسريري.

وقد ساعد في بروز الاختصاص الطبي إلى جانب تقدم العلوم الطبية، عامل مادي، إذ إن الطبيب الاختصاصي أصبح بإمكانه الحصول على تعويض عن أتعابه يفوق تعويض الممارس العام، كما أن المستشفيات أعطت أفضلية الممارسة للاختصاص مقارنة بالطب العام.

وفي بعض الدول في الإقليم، ساعدت بعض القوانين على تشجيع الاختصاص ـ ربما عن غير قصد. فبعضها مثلاً سنَّ قانوناً لممارسة المهن الطبية شرط فيه ممارسة الطب خارج المدن لفترة سنتين للطبيب العام، فإذا تخصَّص تجاوز الطبيب هذا الشرط. وقد أدَّى ذلك إلى تحوُّل الأطباء إلى اختصاصيين إذ لم تكن لهم الرغبة في الممارسة ضمن القرى والريف، كما أن تعويض الطبيب الاختصاصي كان عادةً ضعف التعويض الذي يحصل عليه الطبيب العام في سُلَّم الأجور في الضمان الصحي.

أنشأ مجلس وزراء الصحة العرب عام 1979 المجلس العربي للاختصاصات الطبية، ومقره دمشق، وكان هذا المجلس من بين الإنجازات الكبيرة والمستدامة لمجلس وزراء الصحة العرب. وقد قام المجلس باستحداث مجالس علمية في كل اختصاص طبي يضم ممثلين عن الأقطار العربية كافة، مع مشاركة كليات الطب ووزارات الصحة في كل دولة فيها.

كما أسَّست بعض الدول العربية مجالس للاختصاصات الطبية خاصةً بها، مع اعتمادها إضافةً لذلكَ زمالات المجلس العربي للاختصاصات الطبية.

وقد ساعدت المجالس الإقليمية والوطنية أيضاً في تشجيع التدريب الطبي ضمن الدولة إضافةً إلى السعي للحصول على زمالة غربية مثل البورد الأميركي أو الزمالة البريطانية أو الشهادة الفرنسية. كذلك ساعدت هذه المجالس في تطوير المرافق الصحية من مستشفيات ومراكز صحية بحيث تحوَّلت إلى مرافق تدريبية للأطباء الخريجين، وذلك باعتمادها الشروط المعتمدة في هذه المجالس. وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن من إحدى متطلبات الزمالات العربية إجراء الطبيب بحوث علمية في الاختصاص، ومن شأن ذلك أن يساعد في إذكاء علوم الاحصاء والبحث والمعرفة.

- **التوزيع الجغرافي للأطباء**: ما زالت معضلة التوزيع الجغرافي للأطباء قائمة في معظم الدول، رغم الحوافز العديدة التي اعتمدت في الكثير منها لدفع الأطباء للممارسة في الريف وفي القرى والمدن الصغيرة.

كان الاعتقاد في أوائل السبعينيات بأن زيادة الأطباء سيساعد في عدالة التوزيع الجغرافي لممارسة الأطباء، لكن هذا الأمر لم يحصل. فرغم الزيادة في أعداد الأطباء، بقيت نسبة من يعمل منهم في الأرياف أقل مما كان مرجواً أو منتظراً. وقد دلَّت الدراسات بأن نحو 60% من الأطباء يمارسون الطبابة في المنطقة ذاتها التي درسوا الطب فيها. ولما كانت معظم كليات الطب في المدن بقي معظم الأطباء فيها أو في مدنٍ كبيرة مشابهة.

نشطت حينذاك مقولة بأن الطبيب قد يمارس الطب في القرى الصغيرة إذا ما تمَّ تدريبه على مشاكل الصحة في القرى، فاعتمدت فكرة جعل بعض التدريب الطبي في المستوصفات والمراكز الصغيرة، كما أدخلت إلى مناهج التعليم الطبي الأساسي مواد تشمل طب المجتمع، كما سبق وذكرنا أعلاه.

لكن هذه المحاولات لم تعط النتيجة المرجوة، وبقي فارق كبير بين نسبة ممارسة الأطباء في الريف مقارنة بمثيلاتها في المدن. ونتيجة لذلك، عمدت بعض الدول إلى منح حوافز مادية للأطباء لممارسة الطب ولو بضع سنوات في الريف كما أعطيت للبعض الآخر حوافز كالحصول على الجنسية إن هم مارسوا الطب في الريف أو في المناطق النائية لفترة محدَّدة في كندا والولايات المتحدة في العقود الماضية.

أما في الدول العربية، فقد بقي الفرق واضحاً في نسب الأطباء الممارسين في المدن الكبيرة مقارنةً بالأرياف، ويعود سبب ذلك إلى عدم توفر الحاجات التي يعتبرها الطبيب أساسية لعمله الطبي أو لوضعه الاجتماعي، مثل المدارس الجيدة لأطفاله، أو الحياة الاجتماعية المرجوة لزوجته، أو الدخل المادي المتوقع من كونه طبيباً له مكانة اجتماعية تتطلَّب دخلاً محترماً. كما أن الأرياف تنقصها المرافق الصحية المتخصصة

كالمستشفيات المجهَّزة للتشخيص والعلاج، وما وجد منها باستطاعته القيام بأعمال طبية محدودة وسهلة نسبيًا كالتوليد والرعاية الصحية العامة ذات المرتبة الثانية في سلَّم تحويل المرضى. ورغم وجود مثل هذه المرافق في بعض الدول، فإن نسبة إشغال الأسِرَّة فيها بقيت منخفضة وأصبح تحويل المرضى أسهل من السعي إلى معالجتهم في هذه المرافق. وفي بعض الدول العربية الأخرى، قام بعض الأطباء بممارسة الطب في القرى الصغيرة نظراً للمنافسة القوية في المدن.

- **التنوُّع في الاختصاص:** في معظم الدول، يزيد عدد الاختصاصيين على عدد ممارسي الطب العام للأسباب التي ذكرناها أعلاه، ورغم هذا الواقع، لا يزال هنالك نقص في بعض الاختصاصات الطبية. فالاختصاصات التي تلقى رواجاً عند الأطباء الخريجين هي الاختصاصات الجراحية أولاً ثم الاختصاصات الطبية التي لها مردود مادي بسبب الأعمال الطبية (التدخلات interventions) المناطة بها، مثل اختصاص أمراض القلب نظراً لعمليات القسطرة التشخيصية والعلاجية، أو اختصاص الجهاز الهضمي بسبب استعمال المنظار في التشخيص. وبقيت اختصاصات تشكو من نقصٍ كبير كالاختصاص في العلوم الطبية الأساسية، مثل علم وظائف الجسم (الفيزيولوجيا) والكيمياء والبيولوجيا، وعلم الأمراض (الباثولوجيا) والأنسجة (الهيستولوجيا)، وكذلك الأمر في اختصاصات سريرية (إكلينيكية) كالتخدير والإنعاش أو الأشعة التشخيصية، أو علوم المختبر، وإن كان هذا النقص أقل من النقص في العلوم الأساسية. أما بالنسبة لاختصاصات طب الأسرة وطب المجتمع وعلوم الصحة العامة وطب الطوارىء والطب الشرعي فالنقص كبير، مما يؤثر على تطوير النظم الصحية ويضعف من إمكانات القطاع العام الحكومي في مراقبة وضبط الممارسات الطبية على أنواعها. والسبب الرئيسي لهذا النقص مادي أولاً ثم معنوي؛ إذ إن هذه الاختصاصات لا تعطي الطبيب المركز المادي أو المعنوي الذي دفعه إلى دراسة الطب في الدرجة الأولى. ولذلك نرى أن معظم الأطباء الذين يعملون في علوم الصحة العامة يعمدون إلى ممارسة اختصاصهم في الطب العلاجي بعد الدوام الرسمي، ذلك لزيادة دخولهمِ والمحافظة على وضعهم الاجتماعي مما يقلِّل من إنتاجيتهم في اختصاصهم الرئيسي.

- **الترخيص للأطباء:** يشترط في الطبيب الحصول على ترخيص لمزاولة مهنة الطب من وزارة الصحة في دولته، فللدولة وحدها مسؤولية الترخيص لممارسة الطب. لذا تقوم وزارة الصحة في معظم الدول بإجراء امتحانٍ خطي وشفهي للأطباء الذين يريدون ممارسة مهنة الطب ضمن حدودها. وتنسق وزارة الصحة هذا الامتحان مع أساتذة كليات الطب أو مع وزاراتٍ أخرى كوزارة التعليم العالي في بعض الدول، فيعهد أمر الامتحان إلى لجنةٍ رسمية تشمل ممثلين عن وزارة الصحة والتعليم العالي ومعاهد الطب. وقد يعفى بعض الطلاب من إجراء هذا الامتحان في بعض الدول إذا كانوا من

خريجي كليات الطب الوطنية، وقد يجري الامتحان على مرحلتين لمن تخرج من كلية طب خارج الدولة لضمان الجودة.

تقوم معظم الدول في الإقليم بالترخيص لممارسة الطب مرةً واحدة، رغم أن العديد من الدول الغربية تشترط إجراء تقييم للمرخَّص لهم كل فترةٍ زمنية تبلغ عادةً خمس سنوات. وقد يستثنى من هذا الامتحان من أثبت حضوره في وحدات مقررة من التعليم المستمر، وتتجه معظم الدول إلى اشتراط إعادة الترخيص بين فترةٍ وأخرى.

كما يشترط في بعض الدول أن ينتسب الطبيب الذي حصل على ترخيصٍ ممارسة الطب إلى نقابة الأطباء في بلده. ويعود ذلك إلى الدور المناط للنقابات في مراقبة المنتسبين إليها دون غيرها من الجهات المختصة. فالنقابة تعمل مبدئياً على ضبط أعضائها والتأكد من انضباطهم وامتثالهم لقانون الآداب الطبية وأخلاقيات المهنة.

أما بالنسبة لشهادة الاختصاص، وهي كما أوضحنا سابقاً شهادة تدريبية، فإن وزارة الصحة تشترط معادلتها حسب القوانين المرعية التي تضعها لجان فنية من الوزارة وكليات الطب والجمعيات العلمية الطبية، لاسيما الشهادات التي حصل عليها الطبيب من دولٍ أجنبية. وهكذا يحصل الطبيب على شهادة اختصاص يتم تسجيلها في ملفات وزارة الصحة كما في النقابة التي ينتسب إليها.

- **إنتاجية الأطباء:** مع تزايد كلفة الخدمات الصحية حاولت معظم الدول ترشيد الإنفاق، كما أشرنا إلى هذا الأمر سابقاً. وفي هذ المجال نشطت محاولات لزيادة إنتاجية الطبيب من خلال تشجيع اعتماده على الفريق الطبي، لاسيما الفريق المساند - كفريق التمريض والفنيين الطبيين، ذلك أن وقت الطبيب أثمن من وقت الممرض أو الفني. وقد ساعدت هذه المحاولات في تشكيل الفريق الطبي وفي ابتكار نظم جديدة للرعاية الصحية وأنماطٍ مستحدثة من الفنيين والممرضين، والأخذ بمبدأ "هرمية العمل الطبي"، أي أن تجزّأ الرعاية الصحية بشكلٍ يسمح بزيادة إنتاجية القوى البشرية الأكثر كلفةً كالأطباء والاختصاصيين. فإذا استطاعت الممرضة أن تقوم بعملٍ يقلل من أعمال الطبيب، فإنه يطلب إليها أن تقوم بهذا العمل بدلاً من الطبيب، ذلك أن كلفة الممرضة أقل من كلفة الطبيب. وإذا استطاع فريق إداري أن يقوم ببعض الأعمال الإدارية المناطة بالممرضة، فالمطلوب أن يقوم الفريق الإداري بهذه الأعمال، لأنَّه أقل كلفةً من الممرضة. والرهان أن هذه "الهرمية" تقلل من كلفة الأعمال الطبية، فيقوم كل فريق بإنجاز الأعمال التي لا يستطيع من هو أقل علماً وخبرةً منه القيام بها، ويسمى مبدأ الإنتاجية هذا بهرم الفريق الطبي Health Manpower Pyramid.

العلاقة التعاقدية بين الطبيب والمريض

إن العقد أو العلاقة التعاقدية بين الطبيب والمريض ترعاه بشكل أساسي أحكام قانون الواجبات الإخلاقية والعقود وقانون الآداب الطبية، فحين يقبل الطبيب معالجة مريض

تنشأ العلاقة التعاقدية بالرضى والقبول المتبادلين فيما بينهما. وعملاً بأحكام القانونين المذكورين أي الواجبات الإخلاقية والعقود والآداب الطبية، لا يلتزم الطبيب بتقديم معالجة المريض بل بتأمين أفضل معالجة مناسبة له.

في ضوء ذلك يترتب على الطبيب الواجبات الأساسية الآتية:

1 ـ على الطبيب خلال فترة المعالجة أن يعامل المريض بإنسانية ورفق واستقامة وأن يحيطه بالعناية والاهتمام.

2 ـ إن يلتزم الطبيب الذي يقبل بمعالجة مريض بتأمين استمرار معالجته سواء بنفسه أم بالتعاون مع شخص مؤهَّل، وذلك بكل دقة وضمير حي، ووفقاً لأحدث المعطيات العلمية التي ينبغي أن يتابع تطورها.

3 ـ بعد إعطائه وتحديده العلاج الواجب اتباعه، يسهر الطبيب على متابعة التنفيذ.

4 ـ في حال رفض المريض العلاج يحق للطبيب التوقف عن متابعته، وإذا تبين له أن المريض في خطر، عليه أن يبذل جهده لإقناعه بالعلاج، وعند الاقتضاء يقوم باستشارة طبيب آخر أو أكثر لهذه الغاية.

5 ـ يحظر على الطبيب أن يتوخى خلال ممارسته أية مصلحة سوى مصلحة المريض، أو أن يستغل بأي حال معلوماته لتحقيق أغراض خاصة.

6 ـ على الطبيب أن يحترم دائماً إرادة المريض، وإذا كان وضع المريض لا يسمح بالتعبير عن آرائه فيجب إعلام ذويه، إلا في الحالات الطارئة أو في حال تعذّر ذلك.

تلك هي أهم الواجبات الإخلاقية المسلكية وبالتالي التعاقدية المفروض على الطبيب أن يتقيد بها خلال معالجته أي مريض. أما المريض فتقع عليه واجبات إخلاقية أهمها:

1 ـ التقيد بتعليمات طبيبه الذي يتحمل المسؤولية المسلكية والمدنية والجزائية عن أي إهمال أو تقصير أو خطأ طبي قد يسبب الأذى لمريضه. وعليه فلا يجوز الحد، لا تعاقدياً ولا ممارسةً، من حرية الطبيب في إطار الإرشادات اللازمة لمريضه، وله كامل الحرية في اختيار العلاج الأنسب له حسب أفضل الأنظمة الطبية المعمول بها.

2 ـ أما الواجب الأخلاقي الثاني المُلقى على عاتق المريض فهو التزامه بتسديد الأتعاب المتوجبة إلى طبيبه المعالج. وهذا واضح سواء بالنسبة لقانون الموجبات الأخلاقية والعقود أم بالنسبة لقانون الأخلاقيات.

من هنا تظهر العلاقة التعاقدية الثلاثية بين المستشفى والطبيب والطرف الضامن لتغطية التكاليف، فالطبيب إلى جانب المستشفى والطرف الضامن لتغطية التكاليف يشكل طرفاً أساسياً في أي عقد يتناول تغطية معالجة المرضى.

في مطلق الأحوال، وخارج إطار العقود الجماعية التي تربط الأطباء مع المؤسسات

الضامنة لتغطية التكاليف، أورد قانون الأخلاقيات والآداب الطبية أنه عند تحديد أتعاب الطبيب يؤخذ بعين الاعتبار مستواه المهني وحالة المريض المادية والظروف الخاصة بكل حالة مع التشديد على أن رسالة الطبيب تفرض عليه التعامل إنسانياً مع المريض المعوز، على أنه لا يجوز للطبيب تخفيض بدل أتعابه بقصد المزاحمة إلى ما دون الحد الأدنى المحدد للتعرفة، كما يحظر على الطبيب طلب تسديد الأتعاب مسبقاً، وكذلك يحظر عليه الاتفاق مع مريضه على بدل أتعاب مقطوع لقاء ضمان الشفاء.

أما بالنسبة للعلاقة التعاقدية التي تربط الطبيب مع المؤسسة الاستشفائية التي يعمل فيها فقد ورد في قانون الآداب الطبية نصّ صريح على وجوب توثيق ارتباط الطبيب، لعمل طبي مع أية مؤسسة استشفائية، بعقد خطي، شريطة ألا تتعارض أحكامه مع أحكام قانون الآداب الطبية والقوانين والأنظمة العامة. كما نص القانون عينه على أن تخضع العقود التي تربط الأطباء مع الإدارات والمؤسسات العامة لأحكام قانون الآداب الطبية وللقوانين والأنظمة العامة.

II ـ فريق التمريض

كانت الممرضة ومنذ غابر العصور رفيقة درب الطبيب في الرعاية الصحية، ومساعدته في معالجة المرضى. ويعلمنا التاريخ بأن أوائل الممرضات كن من الراهبات، وعرف الإسلام الممرضة، والنساء اللواتي رافقن جيش المسلمين في جهادهم الأول، فعرفنا "بُرَفيْدة الأسلمية. وتمنح سنوياً جائزة رفيدة لأفضل طالبة تمريض في كل دولة عربية.

بدأت المسيرة العلمية لفريق التمريض عام 1859 بعد أن شهدت السيدة فلورانس نايتنغيل Florence Nightingale أهوال حرب القرم والوضع السيىء لعلاج الجنود الجرحى في هذه الحرب. وقد قامت هذه السيدة بوضع الأسس العلمية لمهنة التمريض وللعناية التمريضية، ولهذا اعتبرت أول من بدأ النهضة المعاصرة لعلم التمريض.

وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن المسيرة العلمية لفريق التمريض بدأت قبل حوالي نصف قرن من بدء مسيرة الأطباء التي بدأت هي الأخرى عندما قام السيد أبراهام فلكسنر بنشر تقريره عام 1910. ويعجب الباحث بان مهنة التمريض لا تزال تواجه العديد من الصعوبات رغم توجهها العلمي قبل قرنٍ ونصف من الزمن، وذلك للأسباب الرئيسية التالية:

1 ـ العامل الأساسي الذي أخَّر تطوُّر مهنة التمريض يعود إلى كون التمريض مهنة لا تتمتع بالاستقلالية، فهي ليست مهنة حرة كالطب، فالممرضة لا تستطيع حتى الآن ممارسة المهنة بمفردها، فهي إجمالاً موظفة يفترض أنها تعمل تحت إشراف الطبيب،

سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أم في المرافق الصحية على أنواعها. وقد جرت محاولات قامت بها الممرضة لتحرير مهنتها، إنما كان دون ذلك عقبات تشريعية وقانونية سنذكرها فيما بعد.

2 ـ تأثَّرت مهنة التمريض على مر العصور من كونها تستقطب المرأة عموماً، مقارنة بالطب الذي كان يطغى عليه الرجال.

3 ـ تأثرت مهنة التمريض من تعدُّد مستويات فريق التمريض، ولا يزال يوجد لغاية الآن "مُمَرِّضات" يعملن في المرافق الصحية وهن يحملن شهادات متباينة في العلم والخبرة. فهنالك ممرضات حصلن على الشهادة الابتدائية كمدخل لدراسة التمريض، ومنهن من حصل على الشهادة المتوسطة، أو الثانوية، أو الجامعية الأولى أو حتى الدكتوراة، لكنهن كلّهن بنظر المجتمع "ممرضات" يقمن بأعمال تتشابه مهنياً بعضها مع بعض. ولما كان تصرف الواحدة يختلف عن الأخرى علمياً واجتماعياً وأدبياً، فقد أثَّر هذا الواقع سلبياً على مهنة التمريض.

4 ـ لا يزال الناس المحافظين في بعض الدول يَصْرِفون بناتهم عن الالتحاق بمهنة التمريض متذّرعين بأن من العسير على الممرضة أن تقوم برعاية الرجل وتساعده في حصوله على حاجاته الأساسية اليومية، كما أنها تخدم المرضى وهم بحالةٍ صحيةٍ حرجة، مما يضعها في وضع نفسي شاق.

هذه الصعوبات أثرت في تطوُّر مهنة التمريض وفي مسيرتها العلمية، وقد ساعد في ذلك أيضاً النقص الكبير في أعداد فريق التمريض في معظم الدول تقريباً، إلاَّ أن الأوضاع المالية الآخذة في التحسّن للتمريض وللمرضات ساعدت في جعل مهنة التمريض مهنة تحظى باحترام وتقدير المجتمع والفرقاء في النظام الصحي كما سنفصل لاحقاً.

مناهج علم التمريض

كانت مهنة التمريض، وحتى العقود القليلة الماضية، مهنة تدريبية، أي أن برامج التدريب كانت تنص على تدريس العلوم التمريضية في المستشفيات وعلى حيازة مهارات معينة دون التأكيد على حصول الطالبة على الأسس النظرية إلى جانب المهارات العلمية والأسس العلمية لهذه الممارسات. وقد أثّر التركيز على المهارات سلباً في مستوى مهنة التمريض، فبقيت مهنة مساندة بدلاً من أن تصبح مهنة حرة قائمة بذاتها. كذلك بقيت مناهج تعليم التمريض لفترةٍ طويلة مبنية على مناهج تعليم الطب وعلى مواد مشابهة لتعليم الطب، إنما بمستوى أدنى من الكفاءة والعلوم المطلوبة.

وفي منتصف سبعينات القرن الماضي، بدأت محاولات علمية جادة لوضع أسس

تدريس التمريض باعتماد منهجية خاصة بعمليات التمريض nursing process. كما نشطت البحوث في هذه العلوم، وترافق هذا الأمر مع حصول بعض أفراد فريق التمريض على شهاداتٍ جامعية عليا في التمريض وفي التربية، فأخذت هذه المجموعة بتطوير علوم التمريض، وبالتالي تطوير المهنة ذاتها.

وهناك الآن مستويات عديدة لفريق التمريض نذكر منها:

أ ـ برنامج الممرضة المساعدة المجازة Licensed Practical Nurse: يدخل هذا البرنامج عادةً من حصل على شهادةٍ دون الشهادة الثانوية مثل الشهادة الإعدادية، ومدة الدراسة هي عادة 18 شهراً أو سنتين على أفضل تقدير. والبرنامج تدريبي بوجهٍ خاص، ويتطلب ترخيصاً للعمل، فمساعدة الممرضة تقوم بأعمالٍ منزلية وخدماتية في الرعاية الصحية تحت إشراف الممرضة القانونية أو المؤهلة.

ب ـ برنامج الممرضة المؤهَّلة Professional Nurse: يدخل هذا البرنامج من حصل على الشهادة الإعدادية أو الثانوية ـ ومدة الدراسة ثلاث سنوات تحصل الطالبة بعدها على شهادة مزاولة مهنة التمريض، وتصبح ممرضة مؤهَّلة. وفي السنوات العشر الماضية، أخذت مدارس التمريض تحصر قبول الطلبات في الطالبات اللواتي حصلن على الشهادة الثانوية دون غيرها.

ج ـ برامج ما بعد الثانوية العامة: تدخل إلى هذه البرامج الطالبة التي حصلت على الشهادة الثانوية، وبعض هذه البرامج توفرها الجامعات والبعض الآخر توفِّره مدارس أو معاهد للتمريض. ولهذه المناهج خلفية علمية تشتمل على مواد تدريبية مدتها تتراواح بين سنة وخمس سنوات.

أما الشهادات فمنها شهادة المشاركة في العلوم التمريضية Associate Degree in Nursing وشهادة الدبلوم في التمريض Diploma in Nursing. وهي برامج علمية أدنى من البرامج الجامعية التي تمتاز بها كليات التمريض في الجامعات والتي تحصل الطالبة بموجبها على شهادة بكالوريوس في التمريض أو الإجازة في التمريض. ومدة الدراسة في هذه البرامج الجامعية أربع سنوات، ويشترط في الطالبة للدخول إلى هذه البرامج اجتيازها شروط القبول في الجامعات، مع التركيز على مستويات معينة في العلوم واللغات.

د ـ البرامج الجامعية العُليا: إضافةً إلى شهادة البكالوريوس في التمريض بدأت الجامعات بإعداد الممرضات على مستوى الماجستير Masters in Nursing أو الدكتوراة في التمريض PhD in Nursing. وهذه البرامج تعد الطالبة لمسؤولياتٍ قيادية في التعليم أو الإدارة أو الاختصاص في العلوم التمريضية، وهي برامج جامعية رصينة جداً تتطلب مهاراتٍ في البحوث العلمية والأداء التمريضي على أرفع المستويات.

وقد شهدت دول شرق المتوسط التطورات العلمية ذاتها، فحتى منتصف السبعينيات كانت معظم خريجات التمريض ممن حصلنِ على الشهادة المتوسطة أو الإعدادية، وكانت مدة الدراسة فيها ثلاث سنوات، نصفها عملي والنصف الآخر علمي. وكانت الدراسة تتم في المدارس أو المعاهد الصحية، وكان بعضها يتم أيضاً في مدارس التمريض الملحقة بالمستشفيات. وقد لعبت لجان التدريب في العلوم التمريضية التي أسست لها مجالس وزراء الصحة في الدول العربية دوراً هاماً في تطوير هذه البرامج التدريبية، وعملت هذه اللجان أيضاً على تشجيع انتساب الطلاب إلى مهنة التمريض.

وفي العقود الثلاثة الماضية ومع تطوُّر التعليم العام في دول المنطقة أخذت هذه اللجان بدعم تحوُّل مستوى قبول الطالبات إلى الشهادة الثانوية، وبقيت مدة الدراسة ثلاث سنوات أيضاً، نصفها تدريبي والنصف الآخر علمي. والفرق الأساسي بين المرحلتين هو قبول الترشيح للطالبة التي استكملت 12 سنة من التعليم العام بدلاً من 8 أو 9 سنوات، حيث الخلفية العلمية للطالبة أكثر صلابة، كما أن فارق العمر (3 أو 4 سنوات) يجعل من الطالبة أكثر رشداً في معاملة المرضى وذويهم.

إضافةً إلى هذه البرامج، بدأت الجامعات في دول المنطقة باستحداث البرامج الجامعية في العلوم التمريضية، ومعظمها حتى الآن هي على مستوى البكالوريوس في التمريض، وبدأت مؤخراً بعض الجامعات باستحداث برنامج الماجستير في التمريض.

كما اعتمدت بعض الجامعات في المنطقة برامج تسمح للممرضة خريجة معاهد أو مدارس التمريض باستكمال دراستها وعلمها والحصول على الشهادة الجامعية الأولى، من خلال متابعة الدراسة في برامج جامعية مدتها سنتان أو ثلاث سنوات.

أدَّت هذه الجهود إلى تطوير مهنة التمريض في المنطقة. وقد بات واضحاً أن هذه المهنة أخذت تستقطب أعداداً متزايدة سنوياً من الطلاب من الجنسين. فبعد أن كان فريق التمريض بمعظمه من الفتيات، شهدت العقود الأخيرة دخول عددٍ أكبر من الفِتيان في مهنة التمريض، ذلك لأن هذه المهنة تؤمن لحامل شهادتها عملاً مؤكداً بسبب النقص الكبير في أعداد الممرضين في معظم دول العالم. كما أن هنالك منحاً دراسية لمهنة التمريض، تسمح للطالب بالدراسة دون تحمل كلفتها، شرط أن يخدم في المؤسسة الصحية فترة من الزمن تعادل مدة الدراسة.

وفي هذا الصدد، نشير إلى أن عدداً كبيراً من الدول بات يعمل على استقطاب الممرضين للهجرة إليها مع إعطائهم حوافز مادية أو تسهيلاتٍ للهجرة. وهذا الوضع شبيه بوضع الأطباء في منتصف القرن الماضي، حين أخذت بعض الدول بتشجيع الأطباء على الهجرة إليها معتمدة على الحوافز ذاتها.

هـ ـ **الاختصاص في العلوم التمريضية:** شهدت العقود الثلاثة الماضية بروز الاختصاص في العلوم التمريضية. فبعد أن كانت الممرضة تقوم بكافة المهام التمريضية وتتناوب في العمل في الأقسام والمرافق الصحية، ازداد الطلب على ممرضات متخصّصات في حقولٍ تمريضية محدَّدة. والسبب الرئيسي لهذا التحوُّل هو تقدم العلوم الطبية، وأهمية الحصول على فريقٍ متخصص في أقسام مهمة، كأقسام أمراض القلب أو العناية المكثفة أو في غرف العمليات الجراحية، أو في الرعاية الصحية الأولية كالزائرات الصحيات. وقد اعتمد هذا الاختصاص على سابقة في مجال التمريض هي القابلة القانونية، الذي كان أول اختصاص في مهنة التمريض. ومعظم القابلات القانونيات هن بالأساس ممرضات يركّزن على رعاية المرأة الحامل وعلى توليدها.

بدأ الاختصاص في التمريض كبرنامج تدريبي مدته سنة بوجهٍ عام، تحصل بعده الممرضة على شهادة اختصاص أو دبلوم ما بعد التمريض الأساسي Diploma. وتؤهلها هذه الشهادة للعمل في هذا الاختصاص وتحصل على راتبٍ أفضل مما كانت تتقاضاه. وقد أخذ الاختصاص الآن منحى آخر هو شهادة جامعية على مستوى الماجستير لمن حصل على الشهادة الجامعية الأولى، إذ تمَّ تنظيم مرحلة الماجستير على منهجية الاختصاص في العلوم التمريضية. فبعد الدراسة الأساسية للماجستير تتخصص الطالبة في مجالاتٍ أربعة هي التعليم التمريضي والإدارة التمريضية والاختصاصات العلاجية (كالعناية المكثفة) والاختصاصات في علوم الصحة العامة التمريضية (تمريض المجتمع). أما الاختصاص في التعليم التمريضي فقد اعتمد أيضاً على مرحلة الدكتوراة، التي هي أعلى درجة جامعية. ومن المتوقع أن يزداد الطلب على الاختصاص في العلوم التمريضية نظراً للمؤشرات التالية:

أولاً: ازدياد نسبة المرضى في المستشفيات الذين يحتاجون إلى رعايةٍ مكثفة أو عنايةٍ فائقة، مثل مرضى جراحة القلب أو مرضى الحروق، أو مرضى زرع الأعضاء. وهؤلاء المرضى تتطلب حالتهم الصحية أعلى درجة من الخدمات التمريضية المتخصصة.

ثانياً: زيادة الطلب على التمريض مما يستوجب تأسيس كليات ومعاهد للتمريض لقبول الأعداد المتوقعة أو المرجوة من الطلاب والطالبات، فهناك نقص كبير في أعداد الممرضات اللاتي يدرِّسن العلوم التمريضية.

ثالثاً: أصبحت الإدارة التمريضية في المستشفيات الكبيرة متطورة وأكثر تعقيداً مما كانت عليه من قبل، مما يستوجب كفاءة أكبر لإدارة فريق التمريض وتأمين الرعاية التمريضية ذات الجودة والإنتاجية.

النقص في أعداد الممرضين: يوجد نقص في أعداد كل فئات فريق التمريض، ويكاد هذا النقص أن يكون عالمياً، ومن أسبابه:

1 ـ **قلة إقبال الطلاب على التعليم التمريضي**: كما ذكرنا سابقاً، وذلك بسبب الصورة الاجتماعية للممرضة لدى الرأي العام، لاسيما في الدول المحافظة والتقليدية. وقد ساهم الإعلام من خلال بعض الأفلام القديمة في تشويه صورة الممرضة ودورها، ونشهد انحسار هذه الموجة في السنوات الأخيرة.

2 ـ **تسرُّب فريق التمريض**: إن نسبة التسرُّب من مهنة التمريض عالية، وهي تتجاوز مثلاً العشرين في المائة في بريطانيا، أي أن ما يعادل خُمس أعداد فريق التمريض يترك المهنة سنوياً. وقلما نجد مثل هذا المستوى المرتفع من هذا التسرب في مهنةٍ أخرى، ويعود السبب في ذلك إلى كون أكثرية فريق التمريض من الإناث اللواتي يتركن مهنة التمريض عادةً عند الزواج، أو الحمل والولادة، أو لانشغالهن في أمور المنزل.

3 ـ **صعوبة مهنة التمريض**: إن مهنة التمريض تشكل ضغطاً جسدياً ونفسياً على الممرضة، فهي تتطلب الكثير من الجهد خلال نوبة العمل التي تبلغ 8 ساعات على الأقل، كما أن هنالك ضغطاً نفسيًا بسبب الأعمال التي تقوم بها الممرضة أثناء الدوام.

4 ـ **انخفاض الراتب**: قياساً بالمهن الأخرى كالتعليم، تحصل الممرضة على راتب يكاد يوازي راتب مهن أخرى أقل قساوةً وأقل تطلباً من مهنة التمريض.

5 ـ **عدم المرونة في توزيع نوبات العمل**: تشكو الممرضة عادةً من صعوبة تكييف عملها مع متطلبات حياتها الأسرية، فهي تجد صعوبة في القيام بعملها أثناء النوبة الليلية، وهي فترة تحتاج عائلتها إليها. وقد اقترح البعض أن تقوم الممرضة بعملٍ جزئي خلال ساعاتٍ محدَّدة في اليوم، وقد عملت بعض المرافق الصحية بهذا النظام، إنما دون ذلك صعوبات لتأمين الرعاية التمريضية على مدار الساعة.

6 ـ **هجرة فريق التمريض** إلى بعض الدول التي تشكو من نقصٍ في عدد الممرضين، والتي تقدم رواتب وحوافز مغرية. وقد عملت بعض المرافق بنظامٍ يعفي الممرضة من كلفة الدراسة إذا ما تعهَّدت بالعمل في هذه المرافق لفترةٍ توازي عادة فترة التدريب، فتؤمن هذه المرافق بهذه الطريقة الأعداد المطلوبة من الفريق التمريضي ولو بشكلٍ مرحلي.

7 ـ **طريقة تعاطي الأطباء مع فريق التمريض**: يشكو فريق التمريض من هيمنة الأطباء على أعمالهن، ومن ممارساتهم القاسية تجاه أعضاء الفريق التمريضي، التي تتسم أحياناً بقلة التقدير لعلمهنّ وعملهنّ، رغم أن هذه الظاهرة قد بدأت بالزوال. فالممرضة تريد أن تشارك في الرعاية الصحية تحت إشراف الطبيب، لكن شرط أن تكون العلاقة أشبه بالتكامل أو الاعتماد المتبادل interdependence بدلاً من التبعيَّة والاعتماد المطلق dependence.

8 ـ تحوُّل الممرضات إلى مهنٍ صحية أخرى تتطلَّب خلفية صحية، توفرها الممرضة، مثل العاملين الفنيين في العلاج الرئوي والطبيعي والصحة العامة والزائرات الصحيات وغيرها من الاختصاصات التي يُفضَّل أن يكون الشخص الداخل إلى برامجها قد حصل على الخلفية التعليمية للممرضة.

قام فريق التمريض بتأسيس جمعيات علمية ونقاباتٍ مهنية للدفاع عن مصالح فريق التمريض والحفاظ على سلامة هذا الفريق من الدخيلين عليه. وتقوم هذه الجمعيات أو النقابات بوضع مقاييس محدَّدة للعمل التمريضي وتراقب المهنة والمناهج التعليمية. وبالرغم من اعتراض بعض أعضاء الفريق الصحي على هذا التيار، فإن معظم دول المنطقة شرعت بتأسيس هذه النقابات للمحافظة على مستوى مهنة التمريض وللدفاع عن مصالح المنتمين إلى هذه المهنة.

جرت محاولة في منتصف السبعينيات لاستقلال الممرضة في عملها عن طريق فتح عيادة تمريضية، تقوم الممرضة فيها بأعمال التثقيف الصحي والتمنيع ومعالجة بعض الحالات البسيطة، لاسيما تلك المتعلقة بصحة الأم والطفل. وقد لاقت هذه المحاولة ارتياحاً لدى أصحاب الحاجة الصحية من أسر وأمهات وأطفال، لكنها أدَّت إلى خشية فريق الأطباء من خسارتهم المادية لهذه الشريحة من السكان، فأوعزت إلى شركات التأمين بأن تمتنع عن تعويض عمل الممرضة، كما حرَّضوا المسؤولين على عدم الترخيص لهنّ إلاّ إذا قمن بهذه الأعمال فقط تحت إشراف الطبيب وضمن مركز عمله. وقد قوبل هذا الأمر بالاستحسان الكبير لدى الأطباء.

الترخيص: تخضع الممرضة من كافة المستويات العلمية إلى امتحانٍ خطي وشفهي للحصول على ترخيصٍ لمزاولة مهنة التمريض من قبل وزارة الصحة. وكما ذكرنا سابقاً بالنسبة للأطباء، فإن لجان الترخيص تضم أساتذة ومسؤولين في العلوم التمريضية من وزارة التعليم العالي والجامعات، إضافةً إلى وزارة الصحة.

كما تخضع الممرضة إلى امتحانٍ تعدُّه جمعيات التمريض إذا أرادت الهجرة إلى دولٍ أخرى كالولايات المتحدةُ أوْ أوروبا أو كندا، كما هو الأمر بالنسبة للأطباء.

وتجدر الإشارة إلى أن منظمة الصحة العالمية قد أصدرت كتاباً في "تمريض صحة المجتمع" ضمن سلسلة الكتاب الطبي الجامعي، ويجدر لمن أراد التوسّع العودة إليه.

III ـ أطباء الأسنان

شهد طب الأسنان تحولاتٍ مشابهة لمهنة الطب، لاسيما في العقود الثلاثة الماضية، سنقوم بتفصيلها:

أولاً: كانت مهنة طب الأسنان حتى العقود القليلة الماضية ممارسة عامة في طب

الأسنان، إذ كان العلاج مقتصراً على قلع الأضراس وتركيب الطقم الاصطناعي (البدلة السنية) ومعالجة نخر (تسوس) الأسنان، لكن ظهور التقنيات وتطوُّر طب الأسنان أدخلا الاختصاص الذي أصبح شبه ضروري لممارسة طب الأسنان حالياً.

فإضافة إلى الأعمال التقليدية التي ذكرناها، أصبح علاج العصب في السِّن إختصاصاً مثل اختصاص تركيب الأسنان الاصطناعية والجسور، كما ركَّز بعض أطباء الأسنان على اختصاص طب أسنان الأطفال وتقويم أسنانهم، وبرز أيضاً اختصاص معالجة اللثة وجراحة الفم.

ثانياً: التحق العديد من الإناث بطب الأسنان في الأمس القريب، وأخذت نسبتهن بالازدياد وذلك بسبب حبِّهنّ لهذه المهنة القادرة على التوفيق بين عملهن المهني وحياتهن العائلية والأسرية.

ثالثاً: ما زال أغلب أطباء الأسنان يمارسون عملهم في عياداتٍ خاصة بشكل منفرد، بحيث لم تظهر حتى الآن التجمعات مثلما حصل في الطب البشري، رغم أن بعض العيادات الجماعية قد أخذت في الظهور.

رابعاً: بدأت شركات التأمين الخاصة أو تلك التابعة للقطاع الحكومي بتغطية طب الأسنان وهذا أمر تأخر حوالي نصف قرن ونيف عن الطب البشري، نظراً لصعوبة ضبط التعويضات في طب الأسنان. وعادة لا تكون هذه التغطية شاملة من قبل الفريق الثالث، بل ملحوظة بتعرفة محدَّدة وبسقفٍ سنوي، وبمشاركة في الكلفة من قبل المؤمَّن عليه.

خامساً: أخذ أطباء الأسنان بتشجيع الكوادر البشرية المساعدة في التوجه إلى طب الأسنان، وذلك لتسهيل عمل طب الأسنان وزيادة الإنتاجية، وتسريع معاينة صاحب الحاجة الصحية. فبرزت أولاً مهنة مساعد طبيب الأسنان Dental Assistant الذي يساعد الطبيب في عمله، فيركِّز النور على معدات العمل ويسهل عملية معالجة المريض، كما برزت مهنة المساعد في صحة الأسنان Dental Hygienist الذي يعمل تحت إشراف الطبيب في عيادته، وذلك لتعزيز صحة الفم وتنظيف الأسنان والعناية باللثة. وهنالك نوع آخر من المساعدين، هو فئة الفنيين في مختبرات طب الأسنان Dental Laboratory Technician الذين يعدُّون التركيبات الاصطناعية من الأسنان والجسور الضرورية في التخصصات الحديثة في طب الأسنان.

١٧ ـ الصيادلة

منذ بزوغ الحضارة الإنسانية برزت الصيدلة كإحدى المهن الصحية الأساسية، فكان الصيدلي يعمل على تحضير الأدوية من الأعشاب المعتمدة في علاج الأمراض، وتركيب الوصفات، ومزج المواد ذات الفعالية الدوائية، وإعداد الدهونات أو الزيوت أو المراهم، بشكلٍ يسهل استعماله، وكان يتم ذلك حسب وصفات الطبيب.

وتطوَّرت مهنة الصيدلة مع المستجدات التي حصلت في عالم الطب، لاسيما في القرن الماضي، حيث استطاع العلماء اكتشاف مواد فعالة ضد الأمراض، وتحليلها، ومعرفة المواد الفاعلة فيها، ومن ثم تصنيعها. وأدَّى التطوُّر في علم الكيمياء الحيوية إلى تجربة العديد من مشتقات المواد الفاعلة، ودراسة إمكانية الاستفادة منها في علاج الأمراض على أنواعها، فتعدَّدت الاختصاصات في علوم الصيدلة وتنوَّعت المسؤوليات في فريق الصيدلة. وفي السنوات الأخيرة طرأت تطوُّرات مفيدة في مهنة الصيدلة سيكون لها، دون شك، أثر كبير على هذه المهنة في المستقبل، ومن أهمها اعتماد تقنية الهندسة الوراثية Genetic Engineering في صنع الأدوية.

وفيما يلي تلخيص لبعض التطوُّرات الحديثة في مهنة الصيدلة.

أولاً: إدخال تخصُّصات جديدة في مهنة الصيدلة

لقد ولَّى زمن الصيدلي الذي يعمل في صيدلية، يركِّب فيها المواد حسب وصفاتٍ طبية. فمع تطوُّر العلوم الطبية، لاسيما الأساسية منها، دخل الصيدلي عالم صناعة الأدوية وكافة مشتقاتها، فأضحت صناعة الأدوية من أهم الصناعات على المستويات الوطنية والإقليمية والدولية. ويتوقَّع أن تصل كلفة استهلاك الدواء بالنسبة للعالم العربي إلى 5.60 مليار دولار أميركي في العام. وهذا يشكِّل نسبةً عالية جداً تقدَّر بحوالي نصف الإنفاق الإجمالي على الرعاية الصحية، حسب دراسةٍ أعِدَّت من قبل المؤسسات المختصة في الوطن العربي. وقد كان متوسط نصيب الفرد من استهلاك الدواء حسب إحصائيات عام 2000 حوالي 20 دولاراً أميركياً سنوياً في الدول العربية. وتقدِّر هذه الدراسة حاجة الوطن العربي إلى تأسيس وإنشاء105 مصانع للأدوية كي تصل نسبة استهلاك الدواء من الإنتاج العربي إلى 50% فقط من كمية الاستهلاك. ولا شك أن هذه المصانع ستتطلَّب العديد من الاختصاصيين في علوم الصيدلة في الوطن العربي. وبلغت نسبة الصيادلة عام 1987 حوالي 2.2 صيدلي لكل 10000 نسمة، في حين أن الدول الصناعية كانت آنذاك تنتفع بخدمة 6 صيادلة لكل عشرة آلاف نسمة.

ثانياً: نظم صيدلانية جديدة

أدى ارتفاع ثمن الدواء والكلفة الطبية إلى إدخال نظم جديدة في مجال الصيدلة في محاولةٍ لتخفيض الكلفة، كما اعتمدت مستشفيات عديدة على نظام "الوحدة الدوائية" unit dose، وهي جرعة واحدة من الدواء يُعِدُّها الصيدلي أو الفني العامل في صيدلية المستشفى ويرسلها إلى العنبر أو الجناح لتعطى إلى المريض. وكانت الطريقة المتَّبعة سابقاً تعتمد على إرسال علبة الدواء أو الحقنة كما ترد من مصنع

قيمة الاستهلاك الفردي المتوسط من الصناعة المحلية (دولار)	مقدار الاستهلاك الوسطي للدواء سنوياً (دولار)	نسبة الصناعة المحلية للاستهلاك الدوائي %	قيمة الفاتورة الدوائية (مليون دولار)	قيمة الصناعة المحلية (مليون دولار)	عدد السكان (مليون نسمة)	العام
5.6	2	43.9	785	345	140	1975
11.0	4.3	38.9	1800	700	163	1980
14.3	6.6	46.4	3425	1590	240	1992
15.7	7.1	45.2	3890	1760	247	1994
16.9	7.5	44.2	4300	1900	254	1995
9.8	8.2	83.2	2567	2150	263	1996
18.4	8.7	47.2	4960	2340	270	1997
19.7	9.1	46.3	5478	2539	278	1998

المصدر: موقع www.dpm.tn، على الانترنت، 5 أبريل 2000، الصناعة الدوائية في العالم العربي

الأدوية، حيث يطلب من الممرضة إعطاء المريض الكمية التي وصفت للمريض من قبل الطبيب، فإذا تغيَّر العلاج أو خرج المريض من المستشفى كان عليه تسديد كلفة العلبة بكاملها بدلاً من كلفة ما استعمل منها. وهذه النظم الصيدلانية الجديدة أدَّت إلى ظهور اختصاصٍ جديد هو "صيدلية المستشفى" الذي أصبح اختصاصاً على مستوى الدراسات العليا.

ثالثاً: مجالات جديدة في الصيدلة

برزت في السنوات الأخيرة علوم عديدة على مستوى الخلية الواحدة، وعلم الوحدات الوراثية، أدَّت إلى تصنيع أدوية مبتكرة تستخدم فيها الهندسة الوراثية وعلم الخلايا، وتضفير جينات الصبغيات Chromosome Gene Slicing. وستؤدي هذه العلوم الجديدة إلى إعادة النظر بالكثير من المنتجات الصيدلانية وابتكار الجديد منها. كما ستؤدي حتماً إلى تطوُّرٍ مستقبلي في علوم الصيدلة وفي إعداد فريق الصيدلة الذي سيعمل في نهاية هذا القرن.

V ـ الطبابيون Paramedicals أو الفئات التقنية المساعدة

ازدادت في العقدين الأخيرين أهمية فئةٍ من الكوادر البشرية الصحية، ما لبثت أن تزايدت أعدادها واختصاصاتها، مع ما يؤدي ذلك إلى برامج تدريبية جديدة وإلى

اختصاصاتٍ مستحدثة. هذه الفئة تجمعها مسؤولية واحدة، وهي مساندة العمل الطبي، وزيادة إنتاجية الفريق الطبي بوجهٍ عام، والطبيب بوجهٍ خاص.

ولعل السبب الرئيسي لتزايد الاهتمام بهذه الفئة، إدخال التكنولوجيا الحديثة إلى العمل الطبي، واستخدام الأجهزة والمعدات في مجالات التشخيص والعلاج. فمع اعتماد جهازٍ جديد تبرز الحاجة إلى التقنيين لتشغيله وصيانته وتأكيد نوعية الفحوصات التي تجرى عليه.

ويمكننا تصنيف فئات التقنيين على النحو التالي:

1 ـ **التقنيون الذين يعملون على جهازٍ طبي**: والأمثلة عديدة كتقني المختبر، أو تقني الأشعة، أو تقني صيانة الأجهزة الطبية. وتدريب هذه الفئة من التقنيين غالباً ما يكون تدريباً تقنياً، أو في مجال العمل. ومعظم البرامج هي لفترة سنتين بعد الثانوية العامة للمرحلة الأولى، مع أحد الاختصاصات ضمن هذه المواد.

2 ـ **التقنيون الذين يعالجون المريض باستخدام الأجهزة والمعدات**: فهنالك عملية التعامل مع المريض وتقديم العلاج له. ومن الأمثلة على ذلك تقني التنفس الرئوي، وتقني العلاج الطبيعي، وتقني التخدير والإنعاش. وقد يكون بعض هؤلاء التقنيين ممن مارسوا مهنة التمريض سابقاً وتابعوا دراسة سريرية تقنية لفترةٍ إضافية تعلموا فيها هذه العلوم التقنية.

3 ـ **التقنيون الذين يعملون ضمن المجمَّعات السكانية**: أمثال تقني التثقيف الصحي، أو الإحصاء، أو التغذية، أو الإصحاح، أو برامج الرعاية الصحية الأولية الأخرى. وتكون دراستهم عادةً إما على مستوى الشهادة الجامعية الأولى، البكالوريوس، أو على المستوى المتوسط لفترة سنتين بعد الثانوية العامة.

4 ـ **التقنيون الذين يعملون في صحة الفم**: وقد أوردنا ذكرهم في القسم المخصَّص لأطباء الأسنان.

5 ـ **التقنيون الذين يعملون في إدارة المستشفيات والمرافق الصحية على المستوى المتوسط**، أمثال العاملين في السجلات الطبية والأقسام الإدارية في المستشفى والمسؤولين عن خدمات الإقامة في المستشفيات، ومسؤولي الوحدات الإدارية الصحية، كالجناح في المستشفى أو المركز الصحي.

ومع تطوُّر العمل الطبي وإدخال التقنيات الأكثر تطوُّراً لا بدَّ من توقُّع زيادةٍ في نوعية واختصاص التقنيين، كما أن عملية إعادة تنظيم القطاع الصحي واعتماد نظم إدارية جديدة ستتطلَّب حاجة إضافية إلى أصحاب الاختصاص في هذه العلوم الطبابية (المساندة للطب).

الفصل الحادي عشر

تمويل الخدمات الصحية

نهدف في هذا الفصل إلى دراسة أسباب ارتفاع كلفة الخدمات الصحية وطرق تسديد أتعاب الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية، وسبل تعويض المستشفيات. كما سنقوم بعرض تطوُّر نظم تمويل الرعاية الصحية، ونوعية البرامج المعتمدة لهذا الغرض.

إن الهدف الأساسي لهذا الفصل هو أيضاً دراسة تأثير عملية تمويل الرعاية الصحية على الفرد والأسرة والمجتمع، وكيفية توفير الرعاية الصحية ضمن تطلعات السكان ونظرتهم للصحة، وأهمية التأكد من عدالة الكلفة وفعالية النظم المتَّبعة للتأكد من حصول المرء على الرعاية الصحية المناسبة.

مقدمة

يستحوذ موضوع تمويل الرعاية الصحية على الاهتمام الكبير لمعظم الحكومات نظراً للارتفاع المستمر والمتزايد في التكلفة. وتحاول معظم الدول إيجاد صيغ جديدة ومستحدثة للتمويل تهدف إلى الحد من التكلفة مع ضمان الحد الأدنى المقبول من الخدمات الصحية لجميع الأفراد.

وفي الوقت الذي ترتفع فيه التكلفة تعاني معظم الدول النامية من كساد اقتصادي ونقص في الموارد بدأ في منتصف السبعينيات ولا يزال تأثيره ملموساً حتى الآن، ما حدا بمعظم هذه الدول إلى تخفيض نسبة الإنفاق العام المخصص للصحة. ففي بعض البلدان النامية ذات الدخل القومي المنخفض، انخفض متوسط الإنفاق العام على الصحة من 6.1% عام 1972 إلى حوالي 3% عام 1995، بينما ازدادت هذه النسبة في الدول الصناعية ذات الدخل المرتفع من 9.9% عام 1972 إلى 13% عام 1995. وقد رافق التخفيض المستمر في نسبة الإنفاق على الصحة تدهور في الخدمات الصحية في الدول النامية التي عجزت في الكثير من الأحوال عن تلبية الخدمات الصحية الأساسية للمواطنين.

أظهرت الدراسات العديدة أن هناك صلة وثيقة بين الحالة الاقتصادية لأي دولة ومستوى الإنفاق على الخدمات الصحية. وقد عانت الدول النامية أكثر من غيرها من الكساد الاقتصادي العالمي، فازدادت الدول الفقيرة فقراً وانخفض المستوى الصحي بصفة عامة. ففي تشيلي وكوستاريكا مثلاً، أدى الكساد الاقتصادي وخفض الإنفاق الصحي إلى تزايد وفيات الأطفال والرضع، كما أدى إلى تدني المستوى الغذائي للأطفال في بعض الدول الإفريقية مثل غانا وزامبيا.

وعلى الرغم من ذلك ينبغي ألاّ تكون العوامل الاقتصادية ذريعة لتدنّي مستوى الخدمات في القطاع الصحي، فمن المستطاع فعل الكثير للاستفادة من الموارد المحدودة المتاحة على نحو أفضل ووضع حد لتبديدها وزيادة فعاليتها عن طريق التخطيط السليم والإدارة الحازمة. فمثلاً يمكن التوسع في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية المنخفضة التكاليف وذلك للحد من خدمات المستشفى التي تستحوذ على الجزء الأكبر من الموارد المتاحة للقطاع الصحي، كما يمكن ترشيد استعمال الدواء إلى درجة كبيرة. ويحتاج القطاع الصحي أيضاً إلى مشاركة القطاعات الأخرى والهيئات غير الحكومية والقطاع الخاص بشكل قوي في جميع النشاطات الصحية التي تنفذ على كافة المستويات.

كلفة الرعاية الصحية

لعبت كلفة الرعاية الصحية دوراً أساسياً في صياغة النظم الصحية في العالم أجمع، وفي تطوير علم الإدارة الصحية والعلوم المرتبطة به كعلم اقتصاديات الصحة، والتخطيط والتنظيم، وتقويم الأداء.

وقد عرضنا لتطوُّر نظم الرعاية الصحية عبر التاريخ، فحتى انتهاء الحرب العالمية الأولى عام 1918، كانت كلفة الخدمات الصحية زهيدة نسبياً، وكانت تتحمَّلها الأسر من إنفاقها الخاص. أما غير الميسورين، فكانت الجمعيات الأهلية الخيرية تساهم في توفير الرعاية الصحية لهم في المستشفيات الأهلية التي كانت بسيطة وغير مكلفة.

وكان ذلك ممكناً لأن الرعاية الصحية لم تكن باهظة الثمن مقارنةً بالوضع الحالي.

لقد ارتفعت كلفة الرعاية الصحية أضعافاً عدّة في القرن الماضي للأسباب التالية:

أولاً: تطوُّر العلوم الطبية والقفزة الهائلة في شتى مجالات الطب وفي جميع التخصُّصات. فمن علم بدائي نسبياً يعتمد على بعض الخبرة الذي اقتبسها الطبيب من خلال دراسته وارتباطه مع بعض العلماء والزملاء، ومن وسائل تشخيص كانت تقتصر على السماعة الطبية، قفزت العلوم الطبية قفزة نوعية هائلة منذ بداية القرن العشرين، فتعددّت التخصُّصات الطبية، وطالت مدة الدراسة، وتطوَّرت وسائل التشخيص، وتعدَّدت وسائل العلاج، ودخلت التقنيات عالم الطب. كل ذلك حوَّل ممارسة الطب من طبيب

واحد يقوم بعلاج الناس من كافة الأعمار، إلى قطاعٍ اقتصادي ذي أهمية كبرى من ناحية عدد العاملين فيه، أو من ناحية كلفته ونسبة هذه الكلفة من الناتج القومي العام.

إن ارتفاع كلفة الرعاية الصحية أساسه الأول نجاح الطب وتطوُّره ودوره الهام في تطوير وسائل التشخيص والعلاج للأفراد والأسر والمجتمع.

ثانياً: مع انتهاء الحرب العالمية الثانية، أصبحت الصحة حقاً من حقوق المواطن على الدولة أن توفِّر الرعاية الصحية له. فازداد الطلب على الخدمات الصحية بشكلٍ كبير، وكان على الدولة أن توسِّع شبكة المرافق الصحية لتأمين هذا الحق الأساسي، مما أدَّى إلى زيادةٍ كبيرة في عدد المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية والتشخيصية، كما انتقلت مهمة تمويل الخدمات الصحية من الفرد إلى المؤسسات على أنواعها، كما سنذكر أدناه.

ثالثاً: أدَّى تطُّور العلوم الطبية إلى تعدُّد الاختصاصات الطبية، وإلى إطالة مدة الدراسة والتمرين لدى الأطباء، وكما لدى الفريق التمريضي وغيرهم من العاملين الصحيين. كما أن إدخال التقنية الحديثة جعل من الضروري إعداد فئاتٍ جديدة من التخصُّصات للفنيين الصحيين كفنّيي الأشعة والمختبرات الطبية والعلاج الرئوي والطبيعي وغيرهم.

رابعاً: أدَّى كل ذلك، إضافةً إلى التطوُّر في القطاعات الاجتماعية الأخرى، إلى إطالة عمر الإنسان، فأصبح متوسط عمر الإنسان عند الولادة حوالي الثمانين عاماً في بداية هذا القرن، أي أن متوسط عمر المرء ازداد حوالي عشرين سنة خلال قرنٍ واحد. وقد أدَّى ذلك إلى ارتفاع نسبة المسنين (أي مَنْ كان عمره أكثر من ستين سنة) إلى حوالي العشرين بالمائة في المجتمعات الأوروبية. وهذه الفئة من السكان تحتاج إلى مقدار أكبر من الخدمات الصحية مقارنةً بالفئات العمرية التي دون الستين عاماً. ويسمى هذا الأمر "بالتحوُّل الديموغرافي" demographic transition.

خامساً: ازدادت نسبة المتعلمين والمثقفين في المجتمع مع تطوُّر العلم والتربية، فأصبح المرء أكثر اطلاعاً على القضايا الصحية وعلى ضرورة الاهتمام بالصحة وبالسلوكيات المعززة للصحة، مما زاد من عملية الطلب على الخدمات الصحية على أنواعها، وعلى الفحوصات المتطوِّرة للتأكد من سلامة وضعه الصحي ومن حصوله على الخدمات الصحية الوقائية وعلى الكشوفات المرحلية. وقد ساعد في ذلك دور الإعلام والتثقيف الصحي والإرشادات العلمية المتوفرة لكافة فئات المجتمع.

سادساً: لعبت النقابات والهيئات العمالية دوراً مهماً في دعم حصول العمال

والموظفين وأسرهم على الرعاية الصحية ضمن شروط العمل وضمن الحوافز التي على أرباب العمل تأمينها لهم كمكاسب، وساهمت نظم الضريبة في عددٍ من الدول بتشجيعها واعتمادها.

سابعاً: أدَّت زيادة الوعي عند الأفراد إلى طلب ضمان الجودة وسلامة الخدمات الصحية المتوفرة لهم، وتم دعم هذا التوجُّه من خلال القضاء، إذ أصبح الطبيب أو المستشفى معرضاً للملاحقة الجزائية إذا ما تأكد حصول تقصيرٍ أو خطأ في المعالجة، فأصبح الطبيب أو المرفق الصحي يشدِّد على اعتماد كافة الطرق والتشخيصات للتأكد من وضع المريض وملاءمة العلاج له خشية التعرُّض للملاحقة القضائية، مما زاد من استهلاك الفحوص التشخيصية ومن عملية طلب المشورة الطبية من الاختصاصيين في كل عملٍ طبي. لقد ساهمت هذه العمليات إلى بروز " الطب الدفاعي" defensive medicine مع ما يشكل من كلفةٍ إضافية على الرعاية الصحية.

نفقات الرعاية الصحية	نسبة التمويل الحكومي للرعاية الصحية %	نسبة الفاتورة الصحية من الناتج المحلي الإجمالي %
الولايات المتحدة	14	44.2
المانيا	10.5	75.3
سويسرا	10	73.4
فرنسا	8.9	76.4
النروج	9	82.8
بلجيكا	9	89.7
هولندا	8,5	70.4
إيطاليا	8.2	68
السويد	8	83.8
الدانمارك	8	81.6
اليونان	8	56.8
اليابان	7.5	78.3
المملكة المتحدة	5.7	84.2
هنغاريا	7	76.5
بولندا	5.6	72.2

المصدر: OECD

الجدول 1 ـ مقارنة كلفة الرعاية الصحية ونسبتها من الناتج القومي ونسبة التمويل الحكومي لها في الدول الغربية

أدَّت كل هذه العوامل إلى ارتفاعٍ كبيرٍ في كلفة الخدمات الصحية، ففي الولايات المتحدة الاميركية مثلاً كانت الفاتورة الصحية تعادل نسبة 4% من مجمل الناتج القومي عام 1950، فأصبحت الآن حوالي 14%، ومن المتوقَّع أن تصبح 16% في العام 2005. وهذه نسبة عالية جداً، ففي الدول الاوروبية تبلغ النسبة حوالي10% (أقلها في المملكة المتحدة حوالي7%) انظر الجدولين 1 و 2.

البلد	كلفة الفاتورة الصحية كنسبة من الناتج القومي %	نسبة التمويل الحكومي للفاتورة الصحية %	نسبة التمويل الحكومي للفاتورة الصحية من مجموع الناتج القومي %
الجزائر	4	70	3.4
البحرين	5	-	-
مصر	3.5	45	1.8
إيران	5.2	40	2.7
الأردن	7.4	44	8.3
فلسطين	8.2	50	5
لبنان	12.3	18	3.5
المغرب	3.8	30	1.3
سلطنة عمان	3.5	82	3
قطر	2.5	-	-
السعودية	7.7	-	6.8
تونس	5.7	54	3.5
الإمارات	2,0	-	-
اليمن	4.2	22	1.2

الجدول 2 ـ كلفة الفاتورة الصحية ونسبة تمويلها من خزينة الدولة ونسبتها للناتج القومي في بعض دول إقليم شرق المتوسط

المصدر: البنك الدولي، أذار/مارس 2000

تزايد تكاليف الرعاية الصحية وآثاره

أدى التطور العلمي السريع في كافة فروع الطب والعلوم الصحية والتخصصات الدقيقة إلى تغيير جوهري في مفهوم الصحة والعلاج، وأصبحت تكلفة الخدمات من أبرز القضايا الصحية التي تتطلب تدخلاً حاسماً من قبل الجهات المسؤولة. ويمكن تلخيص هذه التغييرات كما يلي:

- زيادة نسبة العاملين في القطاع الصحي بمن فيهم أصحاب المهن والعمال والمستخدمين إلى أكثر من 10% من مجموع القوى العاملة. ففي المستشفيات التعليمية أصبحت نسبة العاملين لكل سرير 6.5 عمال بعد أن كانت لا تتعدى 3.1 عام 1970.
- أدى تطور التكنولوجيا في القطاع الصحي إلى زيادة متسارعة في نسبة العاملين الصحيين، على عكس ما حصل في القطاعات الأخرى، حيث ساعدت المكننة mechanization على توفير الطاقة البشرية. أما في مجال الخدمات الصحية فقد ازداد الطلب على التقنيين وعلى نوعيات أكثر تخصصاً منهم، كما أصبحت التكنولوجيا أكثر تكلفة اليوم مما كانت عليه منذ عقدين من الزمن، أضف إلى ذلك التكلفة العالية عند الشراء وضرورة الاستغناء عن الأجهزة في سنوات أقل نظراً إلى التطورات المتلاحقة والتعديلات المتسارعة عليها والناجمة عن تقدم التكنولوجيا.
- أصبح من الصعب، بل من المستحيل أحياناً، أن يتحمل الفرد تكاليف الخدمة الطبية، ما أدخل في سوق القطاع الصحي طرفاً ثالثاً أو وسيطاً لتسهيل عملية دفع تكلفة العلاج. وقد تكون الحكومة هي الطرف الثالث أو شركات التأمين الصحي أو الجمعيات الخيرية والأهلية.
- بدأت الدول وشركات التأمين الصحي في استنباط وسائل حديثة لتخفيض التكلفة وترشيد الإنفاق في المجال الصحي. وبدأ التفكير في نماذج جديدة ومستحدثة في مجال تقديم وتمويل الخدمات الصحية، ومن أمثلة هذه النماذج منظمات حفظ الصحة health maintenance organizations وتشجيع الرعاية الصحية الأولية وضرورة الحصول على رأي إضافي second opinion قبل إجراء التدخلات الجراحية، وتحديد مدة المكث في المستشفيات حسب التشخيص وغير ذلك.
- نظراً للتقدم السريع في المجال الطبي وطرق التشخيص والعلاج، برزت في السنوات الأخيرة ظاهرة رفع القضايا القانونية ضد الطبيب المعالج أو المستشفيات. وقد أدت هذه الظاهرة إلى ما يسمى "الطب الدفاعي" defensive medicine، إذ يلجأ الطبيب إلى إجراء العديد من الفحوص والاختبارات والاستشارات الطبية غير الضرورية ما ينتج عنه زيادة في التكلفة الإجمالية للخدمات الصحية.

تسديد أتعاب الأطباء وأعضاء الفريق الصحي

من أهم أسباب غلاء الخدمات الصحية في معظم دول العالم طرق تسديد أتعاب الطبيب. وهناك ثلاث طرق رئيسية لتسديد أتعاب الطبيب سنعرضها بالتفصيل، لما لها من أثرٍ كبير على تمويل الخدمات الصحية كما في الإدارة الصحية وتنظيم الرعاية الطبية.

1 ـ التسديد للأجر لقاء كل عملٍ طبي Fee-For-Service

في هذه الطريقة، يسدَّد للطبيب بدل لقاء كل عملٍ طبي يقوم به. فللزيارة الطبية تعريفتها، وكذلك الأمر لكل فحصٍ مخبري، أو تشخيصٍ شعاعي، أو قراءة تخطيط القلب، أو مراجعة طبية. وكلما ازدادت الأعمال الطبية، ارتفعت كلفة الرعاية الصحية.

إن هذه الطريقة ما زالت الأكثر انتشاراً في العالم رغم أنها أخذت تنحسر مقارنةً بالعقود الماضية. وقد اعتمدت هذه الطريقة أساساً لتسهيل الأمر على الفرد لأنه من الطبيعي أن يُسدِّد كلفة كل عملٍ طبي مثله مثل السلع الأخرى. وكلما ازدادت كمية السلع المطلوبة يتوجَّب تسديد مبلغٍ أكبر، كما أن هذه الطريقة أكثر عدالةً بنظر المجتمع، لأن كل فردٍ يسدِّد ما حصل عليه ولا علاقة لهذا الأمر بالكمية التي يحصل عليها فرد آخر من المجتمع.

إن لهذه الطريقة تأثيراً كبيراً على تصرُّف الطبيب، ولأن دخل الطبيب يكون بهذه الطريقة مرتبطاً بعدد الأعمال الطبية التي يوفِّرها، فمن المتوقَّع أن يزيد من كمية هذه الأعمال. فوقت الطبيب هو الثابت الذي لا يمكن تعديله، لكن بالإمكان زيادة عدد الأعمال الطبية ضمن الفترة الزمنية ذاتها.

لقد أدَّت هذه الطريقة إلى تشجيع الطبيب على إدخال المريض إلى المستشفى، ففي وحدةٍ زمنية معيَّنة، يستطيع الطبيب أن يعود عدداً أكبر من المرضى وأن يجري الفحوصات الطبية بصورةٍ أسهل وأسرع، كما أن معاينة المريض في المستشفى تكون أكثر سهولة، فهناك الفريق الطبي الذي يساعد الطبيب لاسيما في الحالات المرضية الصعبة.

كما أن دعاة الاقتصاد الحر يؤيدون هذا التوجُّه، إذ إن هذه الطريقة تشجع استثمار الطبيب في مجال الطب. إنما دون ذلك محاذير، إذ إن تسديد الاتعاب لكل عملٍ طبي قد يشجع الطبيب على الإكثار من الأعمال الطبية التي قد لا تكون ضرورية. فإذا انعدمت الرقابة، فقد يدفع المريض كلفةً أعلى مما هو ضروري للعلاج من الناحية الطبية "over doctoring"، فضلاً عن أن المريض لا يمكنه أن يقارع علم الطبيب أو أن يشك في مصداقيته العلمية، ولنا عودة إلى هذا الأمر فيما بعد.

أما من ناحية المريض، فإن اعتماد هذه الطريقة تجعله يتأخَّر في طلب الرعاية الصحية بسبب كلفتها أو بسبب الأعباء المالية التي عليه أن يتخطاه وهذا يمكن أن يدفعه إلى علاج نفسه بنفسه، أو استشارة الأهل أو الجيران، أو الصيدلي، فإذا لم تفلح هذه المحاولات في شفائه، يتوجَّه عندئذٍ إلى الطبيب. كذلك تقلِّل هذه الطريقة من إمكانية استشارة الطبيب لتعزيز الصحة أو للوقاية من المرض، وذلك بسبب الحاجز المالي.

2 ـ تسديد الأتعاب من خلال بدل مقطوع يدفع سلفاً Prepayment and Capitation Method

يسدَّد للطبيب بدل سنوي (أو مرحلي) مقطوع ومعروف ومدفوع سلفاً لقاء توفير العناية الطبية لكل فردٍ من السكان، دون الأخذ بعين الاعتبار الأعمال الطبية التي تتطلبها رعاية الفرد خلال هذه الفترة الزمنية. ويوافق الطبيب أن يأخذ على عاتقه عدداً من الأفراد (مجموعة Panel) يوفِّر لهم الرعاية الصحية التي تشمل كذلك الفحوصات والتشاور مع اختصاصيين آخرين.

إن هذه الطريقة تؤمن للطبيب مدخولاً ثابتاً مصدره عدد الأفراد الذين عليه رعايتهم. ولا تشجع هذه الطريقة الطبيب على الإكثار من الأعمال الطبية إذ ليس له مصلحة مادية في ذلك، كما أن عليه محاولة زيادة عدد هؤلاء الأفراد من خلال علاقةٍ أفضل بينه وبينهم، لأن المريض يستطيع استبدال الطبيب عند نهاية فترة التعاقد معه.

تتطلَّب هذه الطريقة تنظيماً صحياً للتأكد من جودة الرعاية الصحية التي يقدمها الطبيب لأصحاب الحاجة الطبية وللتأكد بأنه يقوم بعمله على أكمل وجه، وهي متَّبعة بشكلٍ خاص في النظام الصحي البريطاني منذ العام 1948. لكن ما يخشى في هذا الأمر هو أن يكثر الطبيب من عدد الأفراد الموكلين إليه، وأن يقلل من الأعمال الطبية لهم ـ إذ إن الحافز المادي له يعود فقط إلى عدد الأفراد، كما أن من شأن هذه الطريقة أن تشجع الأعمال الطبية الوقائية والتعزيزية للصحة على أمل إبقاء الأفراد أصحاء دون الحاجة للمعاينة الطبية أو للأعمال الطبية، وهذا أمر مهم في النظرة المعاصرة الحالية للصحة.

إن هذه الطريقة تشجع لدى صاحب الحاجة الصحية الإكثار من الزيارات للطبيب، إذ هي الآن مجانية ومسدَّدة سلفاً. كما أن الفرد يسعى لزيارة الطبيب لأقل الأسباب أهمية. ولذلك نرى أن معظم النظم التي تتَّبِع هذه الطريقة لتسديد الخدمات الطبية، تعمل على استحداث حاجزٍ آخر هو حاجز الانتظار في قائمة أو في صف "queuing" أو "waiting line"، فيأخذ هذا الحاجز مكان الحاجز المادي المذكور أعلاه للتقليل من ضغط أعداد الزيارات والأعمال الطبية.

3 ـ تسديد أتعاب الأطباء من خلال الاقتطاع من الراتب

تسدَّد أتعاب الطبيب من خلال راتبٍ شهري أو من خلال مبلغٍ من المال يتقاضاه عن كل وحدةٍ زمنية يمضيها في معاينة المراجعين. فبالنسبة للطبيب، هنالك مبلغ من المال يؤمَّن له دون الأخذ بعين الاعتبار الأعمال الطبية التي يقوم بها خلال هذه الفترة الزمنية. وتتطلَّب هذه الطريقة أيضاً تنظيماً صحياً يتعاقد معه الطبيب من أجل تقديم خدماته. والطبيب في هذه الحالة يصبح أشبه بالموظف المتعاقد مع المؤسسة أو

العيادة أو المستشفى، لذلك فهو يسعى إلى تقليل الإنتاجية من الأعمال الطبية، إذ أن الإكثار منها لا يرتدّ عليه زيادة في العائد.

وقد أدَّت هذه الطريقة إلى استحداث بعض الحوافز المادية في بعض الأنظمة لتفعيل إنتاجية الطبيب، إضافةً إلى راتبه المقرَّر، فيشارك الطبيب في المردود المادي للأعمال الطبية حسب نسبة يتم الاتفاق عليها مع المؤسسة الراعية لعمله، كما أن المؤسسة الراعية قد تستحدث نظماً للمراقبة للتأكد من إنتاجية الطبيب وتقويم عمله عند تجديد التعاقد معه.

إن هذه الطريقة معمول بها بشكلٍ واسع في الدول العربية التي يوفِّر معظمها الخدمات الطبية من خلال برامج حكومية ومؤسسات القطاع العام. والطبيب فيها يصبح موظفاً كغيره من العاملين في القطاع الحكومي، فهو يكسب راتبه دون الأخذ بعين الاعتبار مردود هذا العمل أو إنتاجية الطبيب، وهو يعمل ضمن الدوام الرسمي عادةً ويغادر مركز عمله عند انتهاء الدوام. تخلق هذه الطريقة ما يسمى بـ"عقلية الموظف" عند الطبيب الذي هو أساساً صاحب مهنة إنسانية حرة.

ومن المعروف أن هذا الطبيب قد يعود بعد انتهاء الدوام الرسمي إلى عيادته الخاصة لزيادة دخله، ما قد يساهم في جعل الطبيب ينشط في استدراج أصحاب الحاجة الصحية الذين يستطيعون تسديد أتعابه إلى عيادته الخاصة بعد انتهاء الدوام الرسمي. فالوظيفة توفِّر له فرصة التعرُّف على المرضى واستدراج من يستطيع تحمُّل كلفة العمل الخاص إلى عيادته، لذلك نرى أن بعض الدول العربية تحظِّر عمل الأطباء في القطاعين العام والخاص معاً لمنع هذا التوجُّه عند الأطباء.

أما من ناحية صاحب الحاجة الصحية، فإن تسديد الأتعاب للطبيب من خلال الراتب، قد تجعله يمضي وقتاً أطول في انتظار تلبية حاجته الصحية والطلب منه الرجوع مراتٍ عديدة للعيادة الطبية للحصول على العناية الضرورية. ومن شأن هذا أن يدفعه لطلب المساعدة الطبيّة من القطاع الخاص إذا استطاع تحمُّل نفقات المعالجة، فتبقى هذه المؤسسات الحكومية إجمالاً لتلبية الحاجات الطبية لغير الميسورين أو لعامة الشعب الذين لا حول لهم لاجتياز الحاجز التنظيمي أو حاجز الانتظار، وضياع الوقت.

يتبيَّن لنا من هذا العرض لطرق تسديد أتعاب الطبيب أن لكلٍ منها فوائد وسلبيات، وأن هذه الأمور تساهم في تنظيم العمل ضمن المؤسسات الطبية من خلال مراقبة جودة العناية الطبية وإنتاجية الأطباء وسبل تخطي الحواجز المالية والتنظيمية والاجتماعية، الأمر الذي أدى إلى ابتكار نظم عديدة لذلك كما سنبيِّن لاحقاً.

هذا بالنسبة للطبيب، أما بالنسبة لأفراد فريق التمريض أو الفنيين، فإنهم يتقاضون رواتب مقطوعة في معظم الأنظمة الصحية، وهم لا يستطيعون ممارسة مهنتهم إجمالاً

سوى ضمن مؤسساتٍ صحية تتعاقد معهم، لأنهم ليسوا أصحاب مهنةٍ حرة، كما هو الحال بالنسبة للطبيب.

لكن مع ازدياد كلفة الخدمات الصحية ومحاولات الدولة أو المؤسسات كبح هذا الارتفاع السريع، نرى أن نسبةً أكبر من الأطباء أصبح تعمل أيضاً على طريقة التعاقد مع هذه المؤسسات، فيصبح الطبيب متعاقداً وموظفاً دائماً في هذه المرافق الصحية. وقد عزَّز هذا التوجُّه زيادة عدد الأطباء وزيادة أعداد تخصصاتهم ما جعل مدخولهم يتناقص إذا هم عملوا ضمن عيادتهم الخاصة دون غيرها.

التعويض للمستشفيات والمرافق الصحية

تحاول كافة المستشفيات عادة توفير ما أمكن من الخدمات الطبية ضمن مرافقها، وتوسيع هذه الخدمات بالقدر الذي تسمح به ظروف المجموعة السكانية التي تستفيد من هذه المرافق. كما تحاول المستشفيات جلب العدد الأكبر من الأطباء لاستعمال مرافقها، الأمر الذي يدفعها إلى تجميع أكبر كمٍّ من الخدمات الطبية والأجهزة التشخيصية، واستدراج أكبر عدد ممكن من المراجعين وأصحاب الحاجات الصحية، من خلال أطبائهم، كي تبقى مالية المستشفى جيدة وتتمكن من تمويل هذه الخدمات وتوظيف أفراد الطاقم الصحي.

وكما هو الحال مع الأطباء، فإن طريقة تسديد أتعاب المستشفيات تقوم على **مبدأ التعويض لكل عملٍ طبي داخل المستشفى**، إضافةً إلى بدلٍ مقطوع لإشغال السرير أو الإقامة في الغرفة في المستشفى. وكلما ازداد عدد الأعمال الطبية، زاد دخل المستشفى. وقد أدى هذا الأمر إلى الإكثار من الأعمال الطبية والتشخيصية والعلاجية، ما أدى إلى ارتفاع كلفة اليوم المرضي وإلى ارتفاع كلفة الاستشفاء ضمن الفاتورة الصحية الإجمالية لكل دولة. وقد ساهمت هذه الطريقة في إبراز دور المستشفى كأهم مرفق للعناية الطبية.

إن تجميع الخدمات في مرفقٍ واحد يسهل الرعاية الصحية لكل الأطراف في المستشفى أو للطبيب أو حتى للمريض، فتهون الرعاية الصحية وتتوفَّر العناية الأفضل. ومع أن جميع الفرقاء يكونون مرتاحين لهذا الأمر، إلاَّ أن هذه الطريقة أدَّت إلى بروز الحاجز المادي. إذ أصبح على المريض أن يسدِّد التكاليف للخدمات الصحية التي أخذت ترتفع بسرعةٍ مذهلة، وهنا برز عامل التأمين الصحي أو الفريق الثالث الذي يسدِّد كلفة الخدمات الصحية، وسنفصِّل هذا الأمر لاحقاً.

وهناك طرق أخرى لتسديد الأعمال الطبية في المستشفيات، أهمها التالي:

1 ـ تعويض المستشفى على أساس الفرد الذي يدخل المستشفى

وهو عبارة عن مبلغ مقطوع لكل إقامة في المستشفى دون مراعاة مدة الإقامة أو الأعمال الطبية التي استفاد منها. ويحدَّد هذا المبلغ المقطوع بتوزيع كلفة المستشفى على عدد المراجعين سنوياً، وبالتالي تحديد كلفة الإقامة في المستشفى لكل مقيم سنوياً.

إن هذه الطريقة تتبع حالياً في بعض النظم حيث تتقاسم شركات أو مؤسسات كلفة المستشفى التي توفِّر الرعاية للمراجعين من موظفين وعمال هذه الشركات. وهكذا فإن كلفة الولادة هي عادة مبلغ مقطوع معروف سلفاً يسدّد مهما اختلفت الأعمال الطبية التي تحصل عليها المرأة، سواء كانت عملية "قيصرية " أم ولادة عادية أم ولادة صعبة مع بعض التدخّلات، كما تشمل كلفة الولادة المعاينات أثناء الحمل وقبل الولادة وبعدها.

2 ـ تعويض المستشفى على أساس اليوم الواحد

تشبه هذه الطريقة الطريقة السابق ذكرها، إنما تحسب كلفة المستشفى على أساس الأيام التي يمضيها المريض في المستشفى. فالتعويض هو رهن بعدد الأيام التي يمضيها المريض في المستشفى، وتحتسب كلفة اليوم المرضي على أساس كلفة المستشفى للعام الفائت موزَّعة على عدد الأيام المرضية لذلك العام، مع نسبة إضافية للتضخُّم المرتقب سنوياً.

تعتمد هذه الطريقة على مبدأ تشابه الحاجات الطبية عند أكثر المرضى، سواء كانت جراحية أم باطنية، وأن العدد الكبير من الأيام المرضية سنوياً يوازي بعضه بعضاً، فيصبح المعدَّل عادلاً إذا ما احتسب لكل فردٍ على هذا الأساس. وكانت هذه الطريقة متَّبعة سابقاً مع شركات التأمين وطرق تعويضها للمستشفى لأنها سهلة وتخفف من الأعباء والكلفة الإدارية لمراجعة كل فاتورة على حدة. وهي لا تزال متَّبعة في المستشفيات ذات الإقامة الطويلة (أكثر من 30 يوماً) أي المصحات ومستشفيات الأمراض المزمنة، مثل أمراض السل والجذام والأمراض النفسية ودور المسنين.

3 ـ تعويض المستشفى على أساس وحدة استعمال المرافق الداخلية

وهذه الطريقة متَّبعة في تحديد كلفة غرفة العمليات أو غرفة الإنعاش، وهي تحتسب على أساس مدة الاستفادة من هذه الخدمات. فمن استعمل غرفة العمليات لفترة ساعتين يطلب منه تسديد ضعف قيمة استعمال الغرفة لمدة ساعة واحدة، وكذلك الأمر بالنسبة لغرفة الإنعاش أو التخدير أو التوليد. والتعويض على هذا الأساس يأخذ بعين الاعتبار صعوبة العملية الجراحية، وبالتالي يفرِّق بين المرضى حسب خطورة وضع كلٍّ منهم.

أدَّت كل هذه الطرق لتعويض المستشفى إلى إدخال مبدأ كلفة كل عملٍ طبي داخل

أقسام المستشفى "تحليل التكاليف" "cost analysis". ومع تطوُّر علوم الحاسوب الآلي، أصبح من السهل على المستشفيات معرفة كلفة كل عملٍ طبي، سواء كان فحصاً مخبرياً، أو شعاعياً، أو أي وحدة استعمال للمرافق الأخرى. وأصبحت المستشفيات تعتمد على كلفة كل وحدة إنتاج unit cost of production. كما أدّت هذه الطريقة إلى مقارنة كلفة الأعمال الطبية بعضها مع بعض relativity of medical acts، وقد وفّرت هذه الخبرة في المعلومات اعتماد طريقةٍ جديدة في أواسط الثمانينيات وهي تسديد الكلفة على أساس مجموعات التشخيص الطبي "diagnosis- related groups" (DRG)، فتحتسب كلفة المستشفى عند اعتماد هذه الطريقة على التشخيص المرضي لصاحب الحاجة الصحية، وهو مبلغ معروف سلفاً عند دخول المريض إلى المستشفى. وعلى المستشفى أن يتكفل بعلاج المريض ضمن المبلغ المحدّد حسب التشخيص، دون الأخذ بعين الاعتبار الفوارق التي قد تحصل بين مرضى يعالجون من نفس التشخيص الطبي ذاته. وقد اعتمدت هذه الطريقة بعد تحليل كلفة الاستشفاء حسب كل تشخيصٍ في العديد من المستشفيات، وتمَّ اعتماد متوسّط هذه الكلفة، بحيث يحصل المستشفى على بدلٍ مقطوع معروف سلفاً مهما بلغت فوارق هذا التشخيص أو غيره. ومن فوائد هذه الطريقة أنها تدفع المستشفى لتطوير إنتاجية المعالجة وتخفيض مدة الإقامة، مع مراعاة الجودة، لأن المستشفى سيتقاضى مبلغاً مقطوعاً عن كل مريض يشكو من تشخيصٍ واحدٍ محدَّد. وتساعد هذه الطريقة أيضاً شركات التأمين لأنها تعرف سلفاً كلفة الاستشفاء، وبالتالي تخفِّض من الكلفة الإدارية للتخفيف من أعباء المستشفى. وقد سرَّع الوصول إلى هذه الطريقة اعتماد تصنيف الأمراض دولياً بناءً على جهدٍ قامت به منظمة الصحة العالمية فتم تصنيف وترقيم كل تشخيصٍ وكل عملٍ طبي. وقد اعتمد هذا التصنيف عالمياً وتجري مراجعته بشكلٍ دوري ويدعى التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases.

إن هذه الطريقة آخذة الآن بالانتشار في عددٍ كبيرٍ من الدول لأنها تسهِّل عملية التعويض للمستشفيات وتخفِّف من الكلفة الإدارية، كما أنها تؤمِّن الجودة لأن هناك جدولاً من الأعمال الطبية يكون مرفقاً بكل تشخيص من المتوقع أن يستهلكه المريض ذو التشخيص الواحد، أي أنه بالإمكان معرفة جودة العناية التي حصل عليها المريض إذا ما حصل على الأعمال الطبية المدرجة. وقد تمَّ استشارة الاختصاصيين عند اعتماد لائحة الأعمال الطبية لكل تشخيصٍ ضمن كل اختصاص.

إضافةً إلى الأعمال الطبية، هنالك كلفة إضافية تسدَّد للمستشفيات كنسبةٍ من المبلغ المقطوع، حيث يطلب المستشفى تعديل بعض المبالغ المقطوعة إذا استهلك المريض أعمالاً طبية غير متوقعة عادةً، أي خارج المألوف "outliers"، كما تحصل المستشفيات

الجامعية على نسبةٍ إضافية لقاء التعليم الطبي الذي يتم داخل هذه المستشفيات، وكذلك الأمر بالنسبة للبحوث التي تجرى في هذه المرافق.

بالإمكان أيضاً تعديل المبلغ المحدَّد لكل مستشفى حسب التشخيص وذلك لتعويض الفروقات التي قد تحصل من خلال مجموعة المرضى التي تدخل المستشفى. فإذا كانت معظم حالات الدخول من الحالات الصعبة، تضاف نسبة إضافية للتعويض، إذ إن هذه المبالغ المقطوعة تمَّ احتسابها على أساس مجموعة الأمراض التي تدخل المستشفى "Case Mix"، أي تعويض المبالغ التي تدفع لتشخيصٍ ما عن الكلفة التي تسدَّد لشخصٍ آخر. فإذا كانت معظم الحالات صعبة، فإن هذا الأمر يعرِّض المستشفى لخسارةٍ أكيدة، إذ يصبح مركزاً لتمويل الحالات الصعبة دون غيرها، ما يتطَّلب بعض التعديل في تسديد كلفة هذه المستشفيات التي غالباً ما تكون المستشفيات الأهم في تلك الدولة.

إن هذه الطرق التي اعتمدت لتعويض المستشفيات هي في صلب عملية الإدارة الصحية، وقد تطوَّرت هذه الطرق مع مرور الزمن وذلك بهدف تخفيض كلفة الاستشفاء، مع إعطاء الحوافز لزيادة الإنتاجية في كل مستشفى. كما أن هذه الطرق تحاول قدر المستطاع تخفيض الكلفة الإدارية لعملية تعويض المستشفى، وهي تأخذ بعين الاعتبار تأمين الرعاية الصحية الجيدة، حسب ما تعتمده الجمعيات العلمية في كل اختصاص، فلا يكون الوفر على حساب النوعية. ولما كانت التقنيات والعلوم الطبية في تطوُّرٍ مستمر، فإن هذه الطرق تعدَّل كلما دعت الحاجة. وقد تمَّ تأسيس العديد من المنظمات التي تراقب هذه التطوُّرات وتقوم بتعديل طرق التشخيص والعلاج والمراقبة. وهذه المؤسسات هي عادة المرجعيات العلمية في كل دولة، وهي تشمل عادة الجمعيات العلمية في كل اختصاص، ونقابة الأطباء وجمعية المستشفيات والمراكز الطبية الجامعية، إضافةً إلى الوزارة المختصة في كل دولة. وتقوم هذه المؤسسات بالبحوث والدراسات الفصلية التي تعتمد لتطوير هذه النظم المهنية الطبية.

التأمين الصحي وبروز الفريق الثالث Third Party Payer

لعب التأمين الصحي دوراً أساسياً ومحورياً في تطوُّر علوم الإدارة الصحية، وما زال حتى الآن من أهم الفرقاء في النظام الصحي.

فإذا ما عدنا إلى مرحلة ما قبل الحرب العالمية الأولى، وجدنا أن النظام الصحي كان مرتكزاً على فريقين اثنين: المريض أو صاحب الحاجة الصحية، والطبيب، وهو مقدِّم الرعاية الصحية أو الشخص الذي يلبي الحاجة الصحية للمريض. وكان يعاون الطبيب في هذا الأمر فريق التمريض ويساندهما الصيدلي في تحضير الدواء الملائم الذي يتم وصفه من قبل الطبيب. إذن، كان هنالك فريقان لا ثالث لهما. وكما أسلفنا القول في

فصل "تطوُّر النظم الصحية" برزت فكرة التأمين الصحي في مرحلة الانكماش الاقتصادي الذي خيَّم على اقتصاديات العالم ابتداءً من العام 1929. فمع تزايد عدد الفقراء وغير الميسورين بدأ العجز يتصاعد في المستشفيات الأهلية التي كانت تدار من قبل الجمعيات الخيرية لاسيما الدينية منها، فبرزت فكرة التأمين الصحي أساساً لمساعدة هذه المستشفيات على مزاولة عملها والقيام بواجباتها رغم الضائقة الاقتصادية، وذلك بتأمين تغطية مالية من خلال الاشتراكات التي تسدَّد سلفاً لقاء العلاج عند حصول المرض. وهكذا برزت فكرة " الفريق الثالث"، أي الفريق المضاف إلى المريض والطبيب والذي يتكفَّل في تغطية كلفة الطبابة والاستشفاء.

وكانت هذه الفكرة ملائمة لجميع الفرقاء، فالمريض أمَّن على حصوله للعلاج من خلال قسطٍ من المال يسدده سلفاً ويبعد عنه خطر الضائقة المالية إذا ما هو احتاج للعلاج، وكذلك الطبيب والمستشفى الذي أمَّن الحصول على التعويض لقاء الخدمات التي يوفِّرها، خاصةً أن البعض قد يواجه صعوبةً في تسديد الكلفة نظراً للأوضاع الاقتصادية الصعبة آنذاك.

ولعبت المستشفيات دوراً أساسياً في تعريف وحدة التأمين، أي ما هي الأمور التي قد يتم التأمين عليها من خلال شركات التأمين، فأصبحت عملية الإقامة في المستشفى المدخل الأول للتأمين. فهي وحدة يسهل التأكد من حصولها، فهي مؤكدة في سجلات المستشفيات، كما أنها وحدة مُعَرَّفة definable يرغب المريض في تجنب الحصول عليها إذا أمكن، إذ إن القليل من المرضى يفضلون عدم دخول المستشفى للمعالجة إذا لم يكن هنالك سبب ضروري لذلك. فهي من الأماكن غير المستحبة، وإن كانت ضروريةً بوجهٍ عام، كما أن دخول المستشفى يصعب توقُّعه unpredictable إذ لا يعلم أحد متى سيضطر لدخول المستشفى للمعالجة. فمن الناحية الاكتوارية actuarial (أي المتعلّقة برياضيات التأمين)، ساهم المستشفى في تعريف "وحدة التأمين" التي يؤمن ضد مخاطرها، وتطوَّر التأمين الصحي على هذا الأساس. ولذلك يتبيَّن لنا بأن أسهل تأمين صحي هو التأمين عند الاستشفاء، مقارنة بالتأمين الصحي للمعاينات الخارجية أو معاينة طبيب الأسنان وغيره من مقدِّمي الرعاية الصحية. فهذه الفئات أصعب من ناحية تحديد كمية حصولها، وتوقيتها، ومدى ضرورة الحصول عليها، ولا تزال هذه الصعوبات قائمة حتى اليوم.

كما أن مبادئ التأمين هي مطالب اجتماعية مرغوب فيها، فهي تسمح بتوزيع "خطر" المرض والطبابة على كافة أفراد المجتمع، ويعيل الصحيحُ المريضَ خلال فترةٍ زمنيةٍ واحدة، كما يعيل الشابُّ المسِنَّ، وهذا أساس التكافل والتضامن الاجتماعي.

بدأ التأمين الصحي باعتماد قسطٍ واحدٍ لجميع أفراد المجتمع، أي أن كل فرد يسدد

قسطاً واحداً للتأمين الصحي دون مراعاة العمر أو الجنس أو المرض، ويسمى هذا المبدأ بالتعرفة الجماعية community rating. لكن مع تطوُّر التأمين الصحي اتَّضح بأن البعض يستهلك كمّاً أكبر من الأعمال الطبية لاختلاف الحاجة حسب العمر أو الجنس أو الوضع الصحي السابق، فتم اعتماد مبدأ التعرفة حسب وضع وتجربة المؤمَّن عليه experience rating.

لذلك اختلفت الأقساط التي تسدَّد لشركات التأمين حسب العمر أو الجنس أو الحالة المرضية للمؤمَّن، فالشاب، كما هو معلوم، يدفع قسطاً أقل من المُسِنّ، والمريض الذي يشكو من ارتفاع في ضغط الدم يسدِّد قسطاً أعلى من الشخص الشاب الذي يتمتَّع بصحة جيدة، كما أن شركة التأمين قد تشير إلى أمراضٍ موجودة عند المرء قبل التأمين، فتقوم باستثناء هذه الأمراض كلياً أو لفترةٍ من الزمن exclusions، أو تزيد من قيمة البوليصة.

عند اعتماد هذا التصنيف، تبيَّن للمسؤولين عن شركات التأمين أن قسط بطاقة التأمين سيكون شديد الارتفاع لبعض فئات المجتمع، لأنها من المتوقع أن تستهلك خدماتٍ طبية أكثر من غيرها. وهؤلاء هم فئة المسنِّين وفئة المرضى الذين يعانون من أمراضٍ مزمنة وغير قابلة للشفاء رغم حاجتها للعلاج، كمرضى غسيل الكلى (الديال) أو المرضى الذين يعانون من أمراضٍ تمَّ تعريفها بالكوارث الصحية catastrophic illness، ذلك أن قسط التأمين سيكون شديد الارتفاع، ولا يستطيع الفرد تحمُّله. وإذا لم يكن هذا المريض مؤمناً، فإن مرضه سيشكِّل كارثةً مادية عليه وعلى أسرته نظراً لارتفاع الكلفة. وبذلك دخلت الدولة لتوفير العلاج لهذه الفئات أي فئات المسنين ومرضى الأمراض الصعبة المزمنة، كما عادت الدولة وتعهَّدت بعلاج غير الميسورين الذين لا يستطيعون تحمُّل قسط التأمين أساساً، وكما نعلم فإن إحدى المسؤوليات التاريخية للدولة تشمل معالجة الفقراء وغير الميسورين وتأمين الرعاية الصحية لهم.

أما بقية أفراد المجتمع، فقد تمَّ تأمين الرعاية الصحية لهم من خلال مؤسسات التأمين على أنواعها، سواء كانت حكومية أم خاصة، أو ربحية أو مؤسَّسة لا تبغي الربح، أو نقابية أو شخصية أو تعاونيات ذات تمويل متبادل المنفعة mutual funds. فالمبدأ هو نفسه مهما اختلفت الجهة التي تدير عملية التأمين الصحي. كما أن الجهة التي تقوم بالتأمين الصحي مرتبطة بالوضع الخاص لكل دولة، حسب تطوُّر النظم الصحية فيها على مرّ الزمن، كما أشرنا أعلاه، فأبرز التأمين الصحي مبدأ التكافل والتضامن بين أفراد المجتمع، لذلك نرى أن التأمين الصحي قد تطوَّر عبر مشاركة أرباب العمل في تحمُّل أقساط التأمين للعاملين في المؤسسة.

إن مشاركة أرباب العمل سهَّلت كثيراً عملية التأمين وساهمت في تخفيض الكلفة

الإدارية لمؤسسات التأمين، وبالتالي قيمة بطاقة التأمين أو القسط السنوي الذي يسدَّد لمؤسسة التأمين، فهنالك مجموعة كبيرة من العمال أو الموظفين تدخل معاً فتتعامل مؤسسة التأمين مع فريقٍ واحدٍ هو الشركة بدلاً من بيع بطاقات التأمين للأفراد كل على حدة، كما أن لا وسيط بين الفرد والشركة، يتم تسديد أتعاب وساطته. ولما كان توفير الرعاية الصحية مطلباً نقابياً للموظفين، فقد تمَّ اعتماد مؤسسات التأمين لتحقيق هذا الغرض.

تنظيم التأمين الصحي

اعتمد التأمين الصحي في بادئ الأمر مبدأ التعويض المالي الذي يدفع للمؤمَّن الذي يدخل المستشفى، فتسدِّد شركة التأمين تعويضاً مالياً يومياً أثناء وجوده في المستشفى، فيقوم المريض بتسديد فاتورة المستشفى ويستلم التعويض من شركة التأمين، وهذا هو مبدأ التعويض indemnification. فشركة التأمين تقوم فقط بتعويض المريض دون مسؤولية توفير العلاج الملائم للمريض ودون تحديد المستشفى الذي يتم إدخال المريض إليه، فالمبدأ إذن هو التغطية المالية ضمن حدودٍ محدَّدة limits. إن هذه الطريقة تسمح للمريض باختيار طبيبه والمرفق الذي يريده فيحصل على العناية الطبية التي يختارها ضمن التعويض الذي تسدده مؤسسة التأمين، ويفرض على المؤمَّن تسديد الفرق من جيبه الخاص إذا تجاوز السقف المعيَّن للتعويض.

برزت بعد فترةٍ وجيزة مهمة جديدة لمؤسسات التأمين، وهي مهمة توفير العناية الصحية، إضافة إلى تحمُّل كلفتها، فأصبحت التعويضات مبنية على الخدمات الطبية وليس على التعويض المالي المقطوع، أي أن مؤسسة التأمين تقوم بتسديد الأعمال الطبية بنفسها، فيستفيد المريض منها دون تحمُّل كلفتها ولا يحصل بالتالي المريض على تعويض مادي مقطوع service benefits. ومع هذا التحوُّل أصبح ضرورياً لمؤسسة التأمين أن توفِّر العناية الصحية للمنتسبين لبرامج التأمين الصحي subscribers، فأصبحت بالفعل "الفريق الثالث"، وكان على مؤسسات التأمين توفير العلاج من خلال مرافقها الخاصة بها أو التعاقد مع مرافق قائمة.

أدى هذا التحوُّل إلى دخول مؤسسات التأمين في عملية ترشيد الإنفاق، إذ أصبحت هي أيضاً معنية بالكلفة وبطرق تخفيضها، وتطوير النظم الصحية التي بإمكانها كبح ارتفاع الأسعار، كما أصبحت معنية أيضاً بتوفير العناية الجيدة وبمراقبة جودتها.

بدأت مؤسسات التأمين بالتعاقد مع مرافق صحية مستقلة وذلك ضمن تعريفاتٍ محدَّدة tariffs لكل عملٍ طبي أو لكل إقامة مرضية أو لكل يومٍ مرضي، حسب ما ذكرنا سابقاً، فتحصل مؤسسات التأمين على تخفيضاتٍ من المرافق الصحية المتعاقدة التي

تستفيد هي الأخرى من تمويل المرضى لها، وتأتي التخفيضات بسبب حجم التعاقد، فكلما كثر المراجعون، يصبح من الطبيعي أن يخفض المرفق الصحي تعريفته.

وقد خدم هذا النوع من التعاقد كافة الفرقاء من أصحاب المستشفيات (التي تأمن لها عدد كبير من المراجعين) والأطباء (إذ أصبحوا يعالجون مرضاهم ضمن مرافق استشفائية مميَّزة) وكذلك المرضى الذين يحصلون على رعاية صحية جيدة وفي مرفق واحد مع سهولة الدخول دون تحمُّل كلفة العلاج.

أدَّى هذا الأمر، كما أسلفنا، إلى ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية بنسبةٍ كبيرة تتجاوز نسبة التضخم، فأخذت مؤسسات التأمين بزيادة أقساط التأمين مرحلياً وسنوياً.

ولما كان أرباب العمل هم الذين يسددون قسماً من أقساط التأمين، وبسبب ارتفاع هذه الأقساط اشتد الضغط لترشيد الإنفاق وتخفيض كلفة الرعاية الصحية، فأخذت مؤسسات التأمين والدولة واقتصاديو الصحة بدراسة وتجربة أنماطٍ جديدة ومبتكرة من التنظيمات الصحية، وذلك لكبح ارتفاع الكلفة.

كان أولى هذه الخطوات الطلب من صاحب الحاجة الصحية أن يساهم في كلفة الرعاية الصحية وذلك من خلال الأنماط التالية:

أ ـ المشاركة في أقساط التأمين ـ أي البوليصة: فعوضاً من أن يدفع رب العمل كامل القسط، طلب من الموظف أو العامل المشاركة بنسبةٍ من هذا القسط، وقد أخذت هذه النسبة بالارتفاع تدريجياً حتى ناهزت النصف تقريباً.

ب ـ أدخل مبدأ المبلغ الأولي الذي لا يغطيه التأمين الصحي (المبلغ المُقْتَطَع) deductible: وهذا هو مبلغ من المال على المشترك أن يسدِّده قبل أن تباشر شركة التأمين في تغطية الأعمال الطبية، ومن الممكن أن يكون هذا المبلغ المقتَطع لكل إقامة استشفائية أو لكل معاينة خارجية، أو (المبلغ المُقْتَطَع) لأعمالٍ طبية مختلفة ضمن فترةٍ زمنية محدَّدة كالسنة.

وهدف هذا المبلغ الأولي (المبلغ المُقْتَطَع) تشجيع المشارك على تقديم طلب التعويض من شركات التأمين بعد أن يسدِّد مبلغاً أولياً دون عناء مادي، وهذه محاولة لترشيد الإنفاق أولاً، ولتخفيف الكلفة الإدارية لكل فاتورة يشملها التأمين، إذ من المتوقع أن تقلّ هذه الطلبات، خاصة تلك التي تتناول كلفة زهيدة نسبياً.

ج ـ أدخل مبدأ المشاركة في تسديد الفاتورة الصحية أي الدفع المشترك copayment، وهذا يعني أن على المريض تحمل نسبة من الفاتورة (عادةً حوالي 20%) على أن تسدِّد شركة التأمين النسبة المتبقية المحدَّدة سلفاً وهي عادةً 80% وذلك بعد أن يكون المريض قد سدَّد المبلغ الاولي المذكور أعلاه.

وهدف المشاركة في تسديد الفاتورة هو تخفيض كلفتها على مؤسسات التأمين ومشاركة الفرد فيها دون تحمله عناء ماديًا لا يستطيع تحمله، وبذلك يتم أيضاً ترشيد الإنفاق. كما استحدث سقف للمشاركة Ceiling من قبل المريض يجب ألا تتعداه مشاركته في الفاتورة، فإذا ما أصبحت نسبة مشاركة المريض أكبر من هذا السقف، تحمَّلت مؤسسات التأمين كل الكلفة المتبقية، بعد تجاوز هذا السقف.

د ـ اعتمد سقف أعلى للرعاية الصحية لكل منتسب لمؤسسات التأمين، يجدَّد سنوياً، وبالإمكان تحديد سقوف ثانوية لبعض الأعمال الطبية، فإذا تجاوزها المنتسب، عليه تسديد الفرق أو الحصول على دعمٍ مادي من جهةٍ أخرى غير شركة التأمين وهذا ما يدعى بإزاحة التكاليف cost shifting. وقلما يصل المريض إلى تجاوز هذا السقف إلا في حالة الكوارث الصحية التي ذكرناها سابقاً، والتي يتوجَّب على الدول تحمُّل نفقاتها، إذ هي بمثابة كارثة مادية للفرد وللأسرة ولشركات التأمين. من الأمثلة على ذلك عمليات نقل الأعضاء أو معالجة مرضى الإيدز، وغيرها من الأمراض المكلفة جداً.

كانت هذه الخطوات هي التي اعتمدتها مؤسسات التأمين لمحاولة ترشيد الانفاق وتوزيع الكلفة بين رب العامل والموظف والدولة، وهذه الخطوات هي التي لا يزال يعمل بها في معظم الأنظمة الصحية.

إنما، ومع متابعة ارتفاع الكلفة في الفاتورة الصحية، أخذت بعض الدول وبعض مؤسسات التأمين في ابتكار تنظيماتٍ جديدة لمحاولة كبح ارتفاع الكلفة، نذكر منها التالي:

من أكثر التنظيمات شيوعاً هي تنظيماتِ "الرعاية الصحية المُدَارَة Managed Care"، ففي هذه التنظيمات تتأمَّن الرعاية الصحية للمنتسبين ضمن شبكة من العيادات الطبية والمرافق الصحية التابعة لمؤسسة التأمين، فتتوفَّر الرعاية الصحية للمشارك ضمن هذه المؤسسات، وتقوم مؤسسات التأمين في الوقت ذاته بدور الفريق الثالث، والفريق الثاني أي مقدِّم الرعاية الصحية. ولما كان بإمكان مؤسسة التأمين ضبط التصرُّف الطبي للعاملين فيها من أطباء وممرضين وفنيين، تكون قد خفَّضت في الكلفة.

اعترض الكثير من الباحثين على هذا النمط من الخدمة الصحية إذ إن المؤسسة المالية أصبحت تتولى أيضاً مهمة العلاج وأصبح الأطباء عاملين لديها وبإمكانها التأثير عليهم لخفض الكلفة والإحجام عن بعض الأعمال الطبية لاسيما المكلفة منها. كما أن العديد من المنتسبين اعترضوا على هذه الطريقة لأنها تلزمهم بأطباء محدَّدين وبمرافق دون غيرها، فتكون حرية الاختيار قد ألغيت وهي أساسية لعلاقة المريض بالطبيب.

لجأت التنظيمات هذه إلى إدخال أنماطٍ تختلف بعض الشيء عما ذكرناه. فمع إبقاء الخيار للمريض بالتوجُّه إلى مرافق وأطباء المؤسسة، يمكنهم أيضاً توسيع شبكة

الأطباء أو المرافق مع تسديد الفرق بين التكاليف من جيبهم الخاص، أو الاشتراك مع المؤسسة بقسطٍ سنوي أعلى مما هو عليه في الخيار الأول. ساهم هذا الخيار بتأسيس منظمات مستقلة للأطباء independendant physician organizations، ومنظمات مفضّلة للأطباء preferred physician organizations وغيرها من الأنماط التي تحاول إعطاء حرية أوسع للاختيار من قبل المنتسبين، ولكن ضمن تعريفاتٍ محدَّدة تلتزم بها هذه التنظيمات مع مؤسسات التأمين، فإما أن يدفع المنتسب الفرق من جيبه الخاص أو يسدِّد مبلغاً أعلى للحصول على بطاقة التأمين.

وقد لعبت فلسفة ومبادئ الرعاية الصحية الأولية دوراً أساسياً في تطوير التنظيمات الصحية، فأخذت المؤسسات الضامنة باعتماد منهجية الرعاية الصحية كمدخلٍ للنظام الصحي، وذلك بتشجيع المريض على دخول النظام الصحي من خلال طبيب الأسرة. وتمَّ اعتماد برامج الرعاية الصحية الأولية لتعزيز الصحة والاستفادة من برامج الكشف الوقائية. كما تمَّ تشجيع الاعتماد على المراكز الصحية المتطوِّرة بدلاً من دخول المستشفيات التي هي أكثر كلفة من العيادات الخارجية. أما إذا لزم الأمر دخول المستشفى، فتنشط المحاولات لخفض إقامة المريض في المستشفى من خلال إجراء الفحوصات الأولية ضمن العيادات الخارجية، ومن ثم متابعة العلاج في المنزل من خلال الزائرين الصحيين. وترمي كل هذه المحاولات والتنظيمات، وهي من صلب الإدارة الصحية، إلى تخفيض كلفة الفاتورة الصحية مع تشجيع البرامج التعزيزية والوقائية للصحة، ومنها تشجيع سلوكيات صحية أفضل. كما ترمي برامج الرعاية الصحية الأولية إلى الالتزام بمرفقٍ صحي واحد أساسي، يكون قريباً من مكان إقامة الفرد والأسرة ويكون بذلك المرفق الأساسي للنظام الصحي.

أدَّى ذلك إلى تأسيس مراكز صحية متطوِّرة تشمل الفريق الطبي من أطباء عائلة، وأطباء اختصاصيين، وفريق طبي وطب أسنان، إضافةً إلى مراكز للتشخيص والتأهيل والعلاج، إنما دون الحاجة إلى إقامة داخل المرفق الصحي كالمستشفى.

أدّت هذه البرامج وهذه المحاولات إلى تخفيض مدة الإقامة في المستشفى وإلى تخفيض نسبة الدخول إليها، وإلى تشجيع التوجُّه إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية، حيث يشارك المواطن والمجتمع في توفير الخدمات للأهالي والأسر التي تؤم هذه المراكز.

مصادر التمويل Financing Sources

كنتيجة مباشرة لارتفاع تكاليف الخدمات الصحية، تحاول معظم الدول والحكومات خفض وترشيد الإنفاق، أو محاولة استنباط مصادر جديدة لتمويل الرعاية الصحية، وبصفة عامة يمكن تقسيم مصادر التمويل كما يلي:

التمويل الحكومي المباشر

من الناحية التاريخية كان دور الدولة أو الحكومة حتى الحرب العالمية الأولى محصوراً في تأمين الخدمات الصحية العامة، كتوفير مياه الشرب أو الوقاية من الأمراض السارية والأوبئة التي تهدد أفراد المجتمع، كما كانت الحكومة تدعم الجمعيات الخيرية ولا سيما الدينية منها والتي تقوم بعلاج الفقراء والمعوزين في مستشفياتها ومرافقها الصحية الأخرى كالعيادات والمستوصفات. وبعد الحرب العالمية الثانية تزايد اهتمام الحكومة بتوفير الرعاية الصحية العلاجية للأفراد، إذ نادت الأحزاب السياسية ورجال الدولة بتوفير الرعاية الصحية كحق من حقوق الإنسان، وازداد تدريجياً دور الحكومة في تقديم الخدمات الفردية من خلال ميزانية مخصصة لهذا الغرض.

وبالتدريج أصبح التمويل الحكومي مصدراً هاماً من مصادر التمويل الصحي، وهو المصدر الأكثر انتشاراً في العالم النامي. ويعتمد التمويل الحكومي أساساً على الضرائب العامة وغيرها من إيرادات الدولة، حيث يخصص جزء منها للإنفاق الصحي. وقد تعمد الحكومات في بعض الأحيان إلى تخصيص حصيلة إحدى الضرائب بدلاً من الضرائب العامة للقطاع الصحي، فيتاح له بالتالي مصدر دخل ثابت يمكن تقدير حصيلته لعدة سنوات مقبلة، فمثلاً اختارت بعض الدول في أميركا اللاتينية تخصيص القطاع الصحي بحصيلة الضرائب المفروضة على التبغ والكحول وما شابه ذلك. وعلى العموم فإن التمويل الحكومي المباشر للنشاطات الصحية يتّسم بعدم الكفاية وخصوصاً في البلدان النامية لأن حصيلة الضرائب في هذه البلدان لا توفر في الغالب القدر الكافي من الدخل الحكومي الذي يخصص جزء منه للإنفاق الصحي. ولذلك تلجأ معظم هذه الدول إلى فرض الضرائب غير المباشرة مثل ضرائب المبيعات وحصيلة الجمارك، وذلك مما يؤثر تأثيراً عكسياً على الفقراء ومحدودي الدخل الذين ينفقون جزءاً كبيراً من دخلهم على السلع والخدمات الخاضعة لهذه الضرائب غير المباشرة.

أما في الدول ذات الدخل المرتفع فيمثل التمويل الحكومي المباشر الجزء الأكبر من تكاليف الخدمات الصحية حيث توفر هذه الدول الخدمات الشاملة بدون مقابل ضمن سياسة عامة تدعو إلى توفير الخدمة للمواطنين دون النظر إلى وضعهم المادي كانوا من الفقراء أم من الميسورين.

الشركات والمؤسسات

مع بداية القرن العشرين وخاصة في أواخر العشرينيات منه، وحين تفاقمت الأزمة الاقتصادية العالمية التي أدت إلى إفقار العديد من الأسر والأفراد، وبعد بروز الحركات العمالية والنقابات، بدأت الشركات والمؤسسات الكبرى، الخاصة والحكومية، تؤمن بعض أو كافة الخدمات الصحية لعمالها وموظفيها كجزء من ميزات العمل في هذه

الشركات والمؤسسات، وكعلاوات غير نقدية للعاملين فيها. وقد ساعد نظام الضرائب في معظم الدول المتقدمة على تشجيع هذا الاتجاه حينذاك، إذ كانت التكاليف الصحية تحتسب من الانفاق وبالتالي تخفض نسبة الضريبة التي تقوم الشركة بتسديدها على ربحها ومدخولها الصافي، دون أن يتحمل العامل أي ضريبة على دخله، إذ إن هذه الخدمات بقيت دوماً غير نقدية، ومن ميزات العمل، وليست من الدخل المدفوع له أو لأسرته.

وما زال هذا التيار موجوداً وإن بشكل آخر، ففي بداية الأمر كانت الشركات تؤسس مرافق صحية خاصة بها وتتعاقد مع أطباء لتوفير الرعاية الصحية لعمالها، ولكن مع تطور سبل الرعاية الصحية ارتأت معظم الشركات مشاركة عمالها في تحمل أقساط التأمين الصحي بدلاً من أن توفر لهم المرافق الصحية الخاصة بالشركة.

رسوم المنتفعين بالخدمات الصحية

وهي المبالغ التي يدفعها مباشرة المنتفعون من الخدمة، وهذه الرسوم قد تكون كاملة إذا تم دفعها للقطاع الصحي الخاص مثل أجور الأطباء والعلاج في المستشفيات الخاصة وثمن الدواء وغيرها، أو قد تكون جزئية أو مخفضة تفرضها الحكومة على المنتفعين من خدمات المنظمات والمستشفيات الحكومية لتغطي جزءاً من هذه التكلفة، ولكي تكون وسيلة لترشيد الطلب على الخدمات. وأحياناً تلجأ الحكومة إلى فرض رسوم متدرجة، بحيث يدفع الحد الأدنى منها الأشخاص ذوو الدخل المنخفض جداً وتزداد هذه الرسوم تدريجياً مع ارتفاع الدخل.

قد تتعارض طريقة فرض الرسوم مع أهداف توفير الصحة للجميع ما لم تُتَّخذ احتياطات فعالة حتى لا تشكل الرسوم المفروضة عائقاً دون الحصول على الخدمات، والتحدي الرئيسي في هذا المجال يكمن في إيجاد نظم فعَّالة لإتاحة الخدمات الصحية للفقراء وإعفائهم من هذه الرسوم دون المساس بإنسانيتهم وكرامتهم.

كما أن رسوم المنتفعين هي المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الخاصة بتحسين البيئة مثل توفير مياه الشرب والصرف الصحي وتصريف الفضلات، وتقوم الحكومة في الغالب بتوفير هذه الخدمات مقابل رسوم معينة قد تكون ثابتة للجميع أو متدرجة حسب المستوى الاجتماعي والدخل، أو حسب مدى الانتفاع بها.

الجمعيات الخيرية والأهلية

لعبت المساعدات الخيرية في الفترات الماضية دوراً هاماً في تمويل الخدمات الصحية عن طريق الدعم المالي أو الهبات للخدمات الاستشفائية وخاصة للفقراء والمعوزين. وفي بعض البلدان الإفريقية ما زالت المساعدات الخيرية عن طريق الجمعيات والهيئات الدينية تشكل مصدراً رئيسياً من مصادر التمويل.

وقد شهدت فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية اتساعاً لدور الجمعيات الخيرية، غير الحكومية منها والدينية في الدول المتقدمة. ففي الولايات المتحدة مثلاً أنشئ العديد من المستشفيات غير الحكومية لخدمة المدينة أو المجتمع community hospitals، وكانت تدار من قبل مجالس إدارة يتم تعيينها من قبل الجمعيات الأهلية التي تقوم بتمويلها. وفي الغالب تقدم هذه المستشفيات خدماتها بالتكلفة الحقيقية للميسورين والقادرين على الدفع، بينما تقدم خدماتها برسوم مخفضة أو دون مقابل للفقراء ومحدودي الدخل. وتتم تغطية التكلفة عن طريق الهبات والتبرعات من الجهات الأهلية أو من الأطباء والعاملين في هذه المستشفيات.

ونظراً للزيادة المتصاعدة في تكلفة الخدمة فإن دور المنظمات الاجتماعية والخيرية أخذ في التناقص لتحل محله أنماط أخرى من التمويل مثل التأمين الصحي والاجتماعي، بينما لا يزال دور الجمعيات الخيرية هاماً وحيوياً خصوصاً في أوقات الطوارئ والكوارث الصحية.

التمويل من قبل المجتمعات المحلية

إن المبادرات الحديثة في ميادين الرعاية الصحية الأولية في البلدان النامية والمتقدمة على السواء تؤكد على أهمية إشراك المجتمع في الخدمات الصحية ورفع المستوى الصحي بشكل عام.

وقد تم استحداث طرق متنوعة لتحقيق هذا الغرض تستخدم أساساً الموارد المحلية والجهود الذاتية مثل جمعيات تطوير القرى وتنمية المجتمع من أجل تقديم الخدمات التي يطلبها أفراد المجتمع وتعجز الموارد الحكومية عن تقديمها، وتدل هذه الجهود على استعداد أفراد المجتمع للمساهمة بإمكاناتهم وطاقتهم المحدودة في سبيل توفير خدمات محلية مقبولة للجماهير.

التأمين الصحي والاجتماعي

وستتم دراسته بشكل منفصل في مكان آخر لاحقاً.

التعاون الخارجي

تبلغ النسبة المخصصة للتمويل الصحي من مجمل المعونات والقروض الخارجية في العالم حوالي 8 ـ 10% (أي حوالي 3 ـ 3.5 بليون دولار سنوياً). ويتم التمويل الخارجي في الغالب عن طريق اتفاقات ثنائية أو عن طريق المؤسسات التنموية والمنظمات متعددة الأطراف والمصارف والهيئات غير الحكومية (المانحون أو المتبرعون donors). ويمر التعاون المالي عموماً عبر سلطة مركزية في البلد المتلقي مثل وزارة المالية أو الصحة أو هيئة التخطيط المركزية التي تتولى تنسيق العون الخارجي.

وقد يكون العون الخارجي موجهاً للصحة عموماً أو لبرنامج صحي محدد ومستقل، أو قد يكون في إطار العون الخارجي العام والمخصص للتنمية، ويحدد ذلك الاتفاقات المبرمة بين الهيئة المانحة والدولة المتلقية. وفي أغلب الأحيان يكون العون الخارجي محدداً للبرامج الاستثمارية ولا يشمل التكاليف المتكررة، وينتج عن ذلك أن تواجه الدول المتلقية تكاليف متكررة كبيرة الحجم. ويثير ذلك مشكلة كبرى عندما تنخفض الميزانيات الجارية فجأة نتيجة للضائقة الاقتصادية، ولهذا السبب لا بد للقطاع الصحي أن ينظم نفسه على نحو فعال كي يستطيع مواجهة التكاليف المتكررة لهذه البرامج.

نظم التأمين الصحي

بدأ العمل بنظم التأمين الصحي health insurance في أواخر العشرينيات من القرن العشرين. وكانت بدايتها نتيجة للركود الاقتصادي العالمي ما جعل الكثير من الأفراد عاجزين عن تسديد نفقات العلاج والاستشفاء؛ وازداد الإقبال على نظم التأمين الصحي بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية، وبعد إعلان معظم الدول المتقدمة أن الرعاية الصحية حق من حقوق الإنسان لا بد لكل فرد أن يحصل عليها مهما اختلف وضعه الاقتصادي.

والتأمين الصحي ليس تأميناً ضد المرض، ولكنه تأمين ضد تكلفة الخدمة الطبية، أي أن الفرد يدفع مقدماً وبطريقة منتظمة مبلغاً محدداً من المال لا يشكل في حد ذاته عبئاً اقتصادياً، وهذا المبلغ المحدد هو ما يطلق عليه لفظ "قسط التأمين". توضع حصيلة هذه الأقساط جميعاً في صندوق خاص تدفع منه نفقات العلاج حسب الأسس والنظم التي تحددها إتفاقية التأمين، ولذلك كثيراً ما يطلق على نظم التأمين الصحي اسم "برامج الدفع المسبق " prepayment programmes.

يعتمد التأمين الصحي، كأي نظام تأميني آخر، على تطبيق مبدأ تجميع الموارد pooling of resources وتوزيع الخطر distribution of risk على مجموعة كبيرة من الناس. أي أن الفرد المشترك في نظام التأمين الصحي يستطيع أن يدفع مبلغاً محدداً ومقبولاً ومناسباً لحالته الاقتصادية على فترات منتظمة (قسط شهري مثلاً) بدلاً من أن يواجه تكلفة طبية كبيرة في حالة المرض. كما أن نظام التأمين الصحي مبني أيضاً على مقدرة التكهن بحجم الخطر بالنسبة لمجموعة كبيرة من الأفراد وصعوبة التكهن بالنسبة للفرد الواحد. ولذا يكون في استطاعة شركات أو هيئات التأمين تقدير التكلفة المتوقعة لمجموعة من الأفراد على مدار السنة وأخذ ذلك في الاعتبار عند تحديد قيمة الأقساط.

وبانتشار التأمين الصحي وازدياد حجمه أصبح يشكل عنصراً هاماً من عناصر تمويل الخدمات الصحية، فالمستشفيات مثلاً تعتمد بصفة أساسية على الدفع من قبل

شركات التأمين، كذلك تشكل صناديق التأمين الصحي الوطنية أو المحلية أو الخاصة بالشركات والهيئات عنصراً هاماً من عناصر التمويل.

أنواع التأمين الصحي

يمكن تصنيف التأمين الصحي وفق العديد من العوامل، ولعل أهمها ما يلي:

أ ـ التصنيف حسب الإلزام والاختيار

- **التامين الصحي الإلزامي:** أي أن الاشتراك فيه يكون ملزماً لجميع أفراد المجتمع، أو لفئات أخرى مثل الموظفين أو عمال الشركات أو تلاميذ المدارس أو غيرهم. وقد يشمل هذا النظام العاملين وحدهم، أو يمتد ليشمل أيضاً أسرهم (الزوجة والأولاد). والتأمين الإلزامي بصفته تلك لا بد أن يكون حكومياً، وقد يكون التمويل عن طريق اشتراكات خاصة هي في الغالب نسبة مئوية من رواتب العاملين وإسهامات خاصة من أصحاب العمل. ويحدد القانون الخاص بالتأمين الصحي الإلزامي فئات المنتفعين ونسبة المساهمة بالنسبة للعامل وصاحب العمل، وقد تقدم الدولة منحة من الضرائب العامة لدعم النظام إذا لم تكن حصيلة المساهمات كافية. وفي الغالب تبدأ الحكومات نظام التأمين الصحي الإلزامي بالتدريج فيكون البدء بالفئات الممكن حصرها بسهولة مثل الموظفين والعاملين بالشركات والمؤسسات وتلاميذ المدارس، ثم يمتد تدريجياً ليشمل فئات أخرى من أفراد المجتمع. وإذا اكتمل النظام وشمل جميع أفراد المجتمع يطلق عليه نظام التأمين الصحي الوطني national health insurance system.

وتلجأ نظم التأمين الصحي الإلزامي إلى تقديم الخدمات الطبية بإحدى وسيلتين إما بالتشغيل المباشر للعيادات والمستشفيات وتقديم الخدمة في مؤسسات يمتلكها النظام، أو بالتعاقد مع مؤسسات القطاع الخاص الموجودة في المجتمع، وذلك بتقديم الخدمات التي ينص عليها النظام حسب أسعار يتم الاتفاق عليها مسبقاً. وفي أغلب الأحيان يتم تقديم الخدمة بمزيج من الطريقتين للاستفادة القصوى من جميع المؤسسات الصحية الموجودة سواء كانت حكومية أو خاصة.

- **التأمين الصحي الاختياري (الطوعي):** ويقوم بهذا النظام مؤسسات حكومية وخاصة، ويتم شرح خواصه ومزاياه وتكلفته للأفراد قبل فتح باب الاشتراك، وقد يدير هذه النظم هيئات استثمارية أو لا استثمارية.

ب ـ التصنيف حسب استهداف الربح (استثمارية أو لا استثمارية)

- **نظم التامين الاستثمارية:** تنشئ هذه النظم وتديرها شركات التأمين كأي نظام تأميني آخر، أي أن الشركة المديرة للنظام تتوخى استرداد إجمالي تكلفة الرعاية

الصحية التي تقدمها للمشتركين، فضلاً عن التكاليف الإدارية ونسبة مقبولة من الربح. وحيث إن الهدف الأساسي لهذه النظم هو الربح تلجأ الشركات عادة إلى تحديد من يمكنهم الاشتراك في النظام، وتدرج قيمة الاشتراك حسب حجم الخطر المتوقع لكل منهم. فمثلاً تكون الاشتراكات عالية بالنسبة للأطفال الصغار والمتقدمين في السن. كما تلجأ هذه الشركات أيضاً إلى استثناء بعض الخدمات أو تحديد حجمها، وإلى ترشيد الإنفاق وربط التكاليف بنظام المدفوعات المشتركة، أي أن المريض يدفع حصة معينة من التكلفة وتتكفل شركة التأمين بالباقي. كما تلجأ هذه الشركات إلى تحديد أجور معينة بالنسبة للإجراءات الطبية الشائعة ويدفع المشترك ما يزيد على ذلك من المصاريف الإضافية. وحيث إن هذه النظم تعتمد أساساً على دفع التكلفة بطريقة الأجر مقابل الخدمة fee-for-service، فإن المطالبات تكون عديدة والمصاريف الإدارية عالية وتشكل في حد ذاتها عبئاً على النظام التأميني وتكلفته بالنسبة للمشتركين.

- **نظم التأمين غير الهادفة للربح:** تدير هذه النظم هيئات غير حكومية أو اجتماعية أو مهنية بغرض خدمة أفرادها وليس لغرض تحقيق الربح، ورغم ذلك فإنها بالطبع تخضع أيضاً للرقابة الحكومية كأي نظام تأميني آخر حتى لا يساء استخدامه. وإذا حقق النظام أي ربح مادي فلا بد أن يعود هذا الربح للمشتركين، إما عن طريق زيادة في الخدمات أو خفض في قيمة الاشتراك. وأكبر مثال لهذا النظام هو هيئة الدرع الأزرق ـ الصليب الأزرق "blue shield-blue cross" في الولايات المتحدة، وهي هيئة تقدم نظاماً تأمينياً شاملاً لا استثمارياً، ويشترك فيه أكثر من ستين مليوناً من المواطنين. وتلجأ هيئات التأمين غير الاستثمارية إلى تقديم خدماتها بطريقة مباشرة، أي أنها تقوم بتشغيل العيادات والمستشفيات التي تمتلكها وتوظف جميع العاملين بها، أو بطريقة غير مباشرة أي عن طريق التعاقد مع المنظمات الصحية الخاصة الموجودة في المجتمع.

ج ـ التصنيف حسب نوعية الخدمات

قد يكون نظام التأمين الصحي شاملاً comprehensive insurance، أي يغطي معظم الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية.

أو قد يكون محدوداً limited insurance، أي أن هدفه الأساسي هو تغطية نوعية معينة من التكاليف، مثل:

تأمين الاستشفاء hospital insurance، أي أن النظام لا يغطي المشترك إلا في حالة دخول المستشفى.

أو تأمين الحوادث أو إصابات العمل وما شابه ذلك. وهناك الآن اتجاه حديث لنوع

من التأمين الصحي يغطي الكوارث الصحية فقط catastrophic health insurance، ولا تتم الاستفادة من هذا النظام إلا في حالات الأمراض ذات الفترة العلاجية الطويلة والتكلفة العالية مثل الأمراض المزمنة والسرطان وعمليات القلب المفتوح ونقل الأعضاء وما شابه ذلك. وتحت هذا النظام لا يستفيد المشترك أو عائلته من نظام التأمين إلا بعد أن تبلغ النفقات الطبية للفرد أو لعائلته حداً سنوياً معيناً تنص عليه وثيقة التأمين، أي أن الشخص في هذه الحالة يعتبر مسؤولاً عن النفقات الطبية العادية بالنسبة له ولأفراد عائلته.

التأمين الاجتماعي Social Insurance

بدأت هذه النظم بالانتشار بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية وذلك رغبة من الحكومات في نشر العدالة الاجتماعية، ونتيجة لبروز مبدأ التكافل الاجتماعي الذي يهيىء لكل فرد في المجتمع رعاية صحية واجتماعية ومالية متكاملة خصوصاً بعد التقاعد أو الإصابة بمرض أو عجز.

ويقوم مبدأ التأمين الاجتماعي على تكافل أفراد المجتمع بعضهم مع البعض الآخر عن طريق دفع مبالغ محددة هي في الغالب نسبة معينة من الدخل يتحملها العامل وصاحب العمل وذلك في الفترة المنتجة من حياة الإنسان. تودع هذه المبالغ في صناديق خاصة تدار بطريقة مستقلة بحيث لا تستخدم حصيلتها إلا للأغراض المحددة لها. ويعزز اعتماد دخل هذه الصناديق على اقتطاع نسبة محددة من الدخل مبدأ التكافل الاجتماعي، حيث يدفع الفرد ذو الدخل المرتفع مبلغاً أكبر مما يدفعه الفرد ذو الدخل المحدود، وتزيد المبالغ المقتطعة تدريجياً مع ارتفاع الدخل أو الراتب. وتختلف برامج التأمين الاجتماعي اختلافاً كبيراً في حجمها وشموليتها وخدماتها، ويحدد هذا الأمر أساساً فلسفة الدول وإمكاناتها والقوانين المسنونة لهذا الغرض.

يتكون البرنامج الوطني للتأمين الاجتماعي غالباً من عدة صناديق مستقلة لأغراض معينة أهمها تعويض نهاية الخدمة والتقاعد وإصابات العمل والأمراض المزمنة وإجازات الأمومة ورعاية الطفولة والمكفوفين والعجزة والتأمين الصحي، ويحدد القانون والنظام الداخلي لكل صندوق حقوق المشترك وواجباته وسبل استفادته من الخدمات.

تمويل الخدمات الصحية في إقليم شرق المتوسط

أخذت دول الإقليم بمعظم التوجهات والتطورات التي سبق ذكرها في هذا الفصل، ففي بداية القرن العشرين كانت الخدمات الصحية في دولنا رهناً بالجمعيات الخيرية والإرساليات الأجنبية، وكانت الفاتورة الصحية تسدد من قبل الفرد والأسرة، وكانت المستشفيات إجمالاً مستشفيات أهلية شبه خيرية.

ومع انتهاء الحرب العالمية الأولى، أخذ القطاع الخاص بتأسيس مستشفيات خاصة،

غالباً ما تكون صغيرة يعالج فيها الأطباء الاختصاصيون مرضاهم ومرضى زملاء لهم، على أساس تسديد كل عملٍ طبي يحصل عليه المريض.

وبدأت خلال هذه الفترة المستشفيات الحكومية التي تتولّى أمرها وزارة الصحة في دول الإقليم، وكانت مهمتها الأساسية معالجة المرضى غير الميسورين والفقراء والمعدومين ضمن منهجية حماية المجتمع من المرض، إذ كانت الأمراض في معظمها آنذاك أمراضاً سارية أو معدية. وكانت بعض الدول تشترط في دخول المستشفيات الحكومية أن يبرز المريض شهادة من الجهات الرسمية (المختار أو رئيس البلدية) تفيد بأنه "فقير الحال".

وقد أثَّر هذا الطلب سلبياً فيما بعد على ارتياد المستشفيات الحكومية إذ إنها أخذت طابعاً معينا، خاصاً بالفقراء، الأمر الذي أدَّى إلى ابتعاد المرضى عنها خشية وصمهم بالفقر. وكان دخول المستشفى رهنًا "بالواسطة" أو بطلب خدمة، إذ كانت الرعاية الصحية ذات منَّة (نظام أبوي)، وبالتالي كانت نوعية الخدمات الصحية مشكوكاً بها فهي للفقراء الذين لا حول لهم ولا قوة!!

وبعد الاستقلال، أخذت معظم دول الإقليم على عاتقها مهمة توفير العناية الصحية للمواطنين والوافدين إليها ضمن مؤسساتٍ ومرافق ومستشفيات تابعة لوزارة الصحة، ضمن ميزانية الدولة. فكان دخول المستشفى شبه مجاني، تسدِّد كلفته الدولة من خلال نظام الضرائب في بعض الدول، أو من واردات الدولة من نفطٍ أو غيره من المواد الأولية.

ونرى في معظم دول الاقليم أن تمويل الخدمات الصحية على أنواعها من مسؤوليات وزارات الصحة فيها، كما أخذت وزارات أخرى بتوفير الرعاية الصحية لفئاتٍ محدَّدة (ولأسرهم)، ومثال ذلك وزارة الدفاع التي توفر الرعاية الصحية للقوات المسلحة(ولأسرهم)، ووزارة الداخلية لقوى الأمن الداخلي، ووزارة التربية (أو الصحة) لتلامذة مدارس التعليم العام الأساسي.

يتبيَّن لنا إذن أن معظم الخدمات الصحية كانت متوفرة، وبشكلٍ شبه مجاني، من خلال القطاع الحكومي أي من ميزانية الدولة.

وقد نشط كذلك بعد الحرب العالمية الثانية القطاع الخاص الذي أخذ بتأسيس مستشفياتٍ صغيرة الحجم عادةً ذات اختصاصٍ واحد، وذلك لخدمة الميسورين الذين بإمكانهم تسديد نفقات الخدمة الطبية طبقاً لنظام التعويض لقاء كل عملٍ طبي. كما نشط الأطباء في افتتاح عياداتٍ خاصة بهم، قد تشمل أحياناً مراكز للتشخيص والفحوصات الطبية المخبرية والشعاعية، ذلك أن هذه الفحوصات تؤمِّن دخلاً إضافياً مهماً، سواء كان في العيادات الخاصة أم في المستشفيات، فأخذت العيادات الخاصة بالانتشار مجتمعة أحياناً بالقرب من المستشفيات أو فرادى في أحياء المدن والقرى.

ولعب القطاع الخاص دوراً رئيسياً في تخفيف الضغط لتطوير الخدمات الصحية

التابعة للقطاع العام، إذ إن المسؤولين والميسورين كانوا يرتادون القطاع الخاص الذي يؤمن متطلباتهم الصحية والاجتماعية. فازدادت النظرة بأن الخدمات الصحية الحكومية هي لغير الميسورين، وبذلك لا ضرورة قصوى لتطويرها لاسيما أن معظم دول الإقليم كانت تشكو من ضائقةٍ اقتصادية وقصور في الميزانية العامة للدولة.

وقد بدأت بعض دول مجلس الإقليم، وبعد نيلها الاستقلال، بتأسيس بنية ممتازة من المرافق الصحية الحكومية، التابعة هي أيضاً للقطاع الحكومي، لاسيما وزارة الصحة. وتشمل هذه المرافق المستشفيات والمراكز الصحية الأولية ومراكز التشخيص، فتأسس لهذه الدول بنية تحتية صحية ممتازة.

وكان تسديد أتعاب أرباب المهن الطبية من خلال التوظيف في بعض الدول العربية من القطاع الحكومي أثناء الدوام الرسمي، ومن ثم يعودون المرضى في عيادتهم الخاصة بعد انتهاء الدوام إذا سمح القانون بذلك. وقد أشرنا إلى أهمية هذه الازدواجية أعلاه، والتي تؤدي إلى تشجيع من استطاع تحمُّل النفقات على ولوج القطاع الخاص بدلاً من الانتظار في القطاع الحكومي. وكان تعويض الأطباء في القطاع الخاص وما زال هو لقاء كل عملٍ طبي يستهلكه المريض. والمهم في هذا الأمر هو نظرة السكان إلى المرافق الحكومية بأنها أقل جودة منها في القطاع الخاص. ففي القطاعات الحكومية قائمة انتظار يجب احترامها، ووقت طويل يمضيه المريض انتظاراً لدوره في معاينة الطبيب أو انتظاراً لدخول المستشفى أو إجراء فحص طبي، ويتحدث البعض عن نوعية أدنى في هذه المرافق..

البلد	الفاتورة الصحية العامة كنسبة من مجمل الناتج المحلي (أواخر التسعينيات) %	حصة القطاع الحكومي من مجمل الفاتورة الصحية %	حصة القطاع الخاص من مجمل الفاتورة الصحية %	حصة الأسر من مجمل الفاتورة الصحية %	حصة أرباب العمل من مجمل الفاتورة الصحية %	حصة المانحين أو المتبرعين من مجمل الفاتورة الصحية %
جيبوتي	5.1	27	44	24	20	29
مصر	3.7	41	56	51	5	3
إيران	5.7	30	70	59	11	0
الأردن	9.1	45	47	43.4	3.6	8
لبنان	12.3	18	80.1	69.7	10.3	2
المغرب	4.5	32.3	66.7	59.4	4.8	1
تونس	5.9	35	65	44	21	0
اليمن	5.0	35	57.3	57.3	–	7.7
معدل دول المنطقة	6.4	32.9	60.8	51	9.8	6.3

ـ المؤسسات الحكومية تشارك في الأردن بـ 3.6% وفي تونس بـ 2.80% وفي اليمن بـ 6.5%

ـ المغرب: 2.5% إضافية من أرباب العمل

لكن كان للقطاع الحكومي ميزة أساسية وهي شبه مجانيته ما جعل فريق من المرضى يتوجهون للقطاع الخاص بالنسبة للعيادات الخارجية، وللقطاع العام لدخول المستشفى بسبب كلفة الاستشفاء العالية في القطاع الخاص.

كما يجب التذكير بأن معظم دول الاقليم وفّرت أفضل الأجهزة الطبية لمراكزها الحكومية التي كانت بمعظمها تمتاز عن القطاع الخاص في هذا الوضع.

وبرزت في دول الإقليم أيضاً شبكة أخرى من المرافق هي المرافق الطبية الجامعية التي تديرها وتنفق عليها وزارات التعليم العالي أو الجامعات الحكومية، ويعتقد بأن نوعية الرعاية الصحية أفضل في هذه المؤسسات من تلك التابعة لوزارات الصحة.

وفي بعض الدول العربية أسست مراكز طبية جامعية تابعة لمؤسساتٍ تعليمية خاصة لا تبتغي الربح. وكانت هذه تؤمن رعاية طبية مميَّزة وإن كانت غالية الثمن بالنسبة لفئاتٍ كبيرة من المجتمع.

كما أخذت بعض دول الإقليم أيضاً بالتعاقد مع مستشفيات خاصة لتوفير الرعاية الصحية لمرضى القطاع الحكومي، فكانت بعض الوزارات (مثل وزارتي الصحة والدفاع) تسدِّد نفقات العلاج لمرضاها ضمن ميزانيتها للقطاع الخاص، فأصبحت هذه الوزارات مؤسسات ضامنة لفئاتٍ من المجتمع هي غير ميسورة عادة.

ومع التوجُّهات العالمية التي سبق ذكرها، أخذ القطاع الحكومي بتطوير مشاركة المريض في تسديد بعض نفقات الرعاية الصحية، فأدخلت بعض الدول نظام البطاقة الصحية الضرورية لدخول النظام الصحي، مقابل مبلغٍ مالي ضئيل أو رمزي، لكن يمكن زيادته إذا ما دعت الحاجة مع مرور الزمن. كما أخذت بعض الدول بطلب المشاركة في تسديد الفاتورة من خلال بدلٍ أولي، أو من خلال تسديد نسبة من الفاتورة، كما سبق ذكره أعلاه.

كما نشطت في العقود القليلة الماضية شركات التأمين الخاصة في خدماتها لمن يريد ولمن يستطيع تسديد قيمة البوليصة السنوية، كما اعتمدت شركات التأمين هذه على الشركات والمؤسسات لتغطية متطلبات الموظفين لديها من خلال تامين صحي جماعي، تسدِّد الشركة نسبة كبيرة من بطاقات التأمين كأحد الحوافز التي تؤمنها للموظفين والعمال.

أنواع التأمين الصحي

يشمل تمويل الخدمات الطبية في دول الإقليم الأنواع التالية:

1ـ تمويل الخدمات الطبية على أنواعها من ميزانية الدولة: من خلال وزارات الصحة أو الدفاع أو الداخلية أو التعليم العالي، من خلال بطاقة صحية لقاء مبلغ رمزي من المال، كما قد يطلب منه المشاركة في تسديد نفقة بعض الأعمال الطبية.

2 ـ تمويل الخدمات من خلال نظام الضمان الصحي الاجتماعي: تمَّ اعتماد نظام الضمان الاجتماعي أولاً من قبل الدول الأوروبية وعلى رأسها فرنسا بعيد الحرب العالمية الثانية. وللضمان الاجتماعي فلسفة تنص على أن المجتمع هو الحاضن الأول والأهم للمواطن، فمنه التضامن والتكافل بين المواطنين واعتماد بعضهم على البعض الآخر عوضاً من الاعتماد فقط على أسرهم أو على عشيرتهم أو مثيلتهم فالمجتمع هو الحاضن للجميع.

للضمان الاجتماعي صناديق مستقلة تعنى بالنواحي الاجتماعية وتضم عادةً صناديق مستقلة للمرض والأمومة وصندوق التعويضات العائلية وصندوق نهاية الخدمة وصندوق الإصابات المهنية.

تغذى هذه الصناديق من أطرافٍ ثلاثة: رب العمل والعامل والدولة، من خلال نسبةٍ مئوية محدَّدة لكل من هؤلاء الفرقاء؛ فتحتسب مشاركة كل من هذه الأطراف من راتب للعامل، وتحسم عند استلام الراتب لتغذية هذه الصناديق حسب نسبةٍ مئويةٍ محدَّدة لكل صندوق. إذن فالصناديق تغذى من المال الخاص بأرباب العمل والعمال، إنما ضمن مؤسسة حكومية مستقلة عن ميزانية الدولة كي لا تتأثر تغذية الصناديق عند الضائقة الاقتصادية أو في حال حدوث نقصٍ في ميزانية الدولة، فهو مال خاص يدار من قبل مؤسسة ترعاها الدولة.

يستفيد من تقديمات هذه الصناديق المنتسب مع أفراد أسرته، فيسدد نسبة مئوية هي ذاتها، مهما علا الراتب (ضمن سقفٍ أعلى محدد قانوناً). ولما كان الراتب هو المعيار، ولما كان الراتب يعدَّل حسب التضخم أو حسب التدرج في السلم الوظيفي، فتكون تغذية الصناديق مؤمَّنة ومتوفِّرة، كما يسمح للصناديق بإبقاء الوفر عند حصوله (راجع الجدول 3 المرفق).

البلد	النسبة المئوية
المغرب	%15
مصر	%35
لبنان	%42
تونس	%44
الأردن	%45
إيران	%91

الجدول 3 ـ نسبة السكان المشمولين بالتامين الصحي الحكومي

المصدر: البنك الدولي، آذار/مارس 2000.

يشمل الضمان الصحي كافة الخدمات الصحية، وللمنتسب الحق في اختيار المرفق

أو الطبيب الذي يريده، إنما هنالك تعريفات محدَّدة لكل عملٍ طبي تأخذ بعين الاعتبار كلفة كل عملٍ طبي مقارنةً بغيره relativity of medical acts. ويسدد صندوق المرض والأمومة نسبة من التعرفة المتعارف والمتفق عليها مع المرافق الصحية والمؤسسات، فيشارك المريض بنسبةٍ معيَّنة (عادة 20% من العيادات الخارجية و10% من الاستشفاء) ويغطي الصندوق النسبة الباقية ضمن التعرفة المحدَّدة. فإذا أراد المريض تجاوز هذه التعرفة، فبإمكانه تسديد الفرق من جيبه الخاص.

3 ـ **تمويل الخدمات الطبية من خلال شركات التامين:** يتم تمويل الخدمات الطبية من خلال شركات التأمين الصحي في العديد من الدول. فبعض مؤسسات التأمين هي حكومية لا تبتغي الربح، كما هو الوضع في كندا، أو مؤسسات خاصة إنما لا تبتغي الربحية مثل الوضع في بعض الدول الأوروبية مثل ألمانيا، أو مشتركة في القطاعين العام والخاص كما هو الحال في الدول الاسكندينافية، أو خاصة تبتغي الربح مثل الوضع في العديد من الدول الأخرى.

تقوم شركات التأمين على المبادئ التي ذكرت سابقاً وهي توزيع الخطر من المرض على أوسع قاعدة سكانية، وعلى خفض الكلفة الإدارية قدر الإمكان، وعلى مشاركة المنتسب في تسديد الفاتورة، وعلى التعاقد مع مجموعاتٍ من الأطباء والمرافق الصحية، وعلى مبدأ الانتساب عن طريق تسديد قيمة بطاقة التأمين سنوياً أو مرحلياً. كما تقوم شركات التأمين بمراقبة الفاتورة الصحية الخاصة بكل منتسب للتأكد من شرعيتها، ومقارنتها بالتعريفة المتفق عليها وبتوافر شروط الاستفادة من التأمين.

وتقوم الدولة بمراقبة أداء شركات التأمين من خلال وزارة الصحة، أو وزارة المالية أو وزارة الاقتصاد والتجارة، أو من خلال مجلس وزاري، للتأكد من مراعاتها حقوق المنتسبين وعدم التمييز بينهم ضمن القانون، وكذلك للتأكد من صلابة وضعها المالي. وفي بعض البلدان تقوم الدولة بدراسة كلفة التامين الصحي وبالموافقة على قيمة بطاقة التأمين التي تريد جبايتها شركات التأمين rate setting commission.

من الأفضل بالطبع لو شمل القانون جميع المواطنين بإلزامية التأمين الصحي، فيصبح التأمين حقاً لكل مواطن لا يمكن لمؤسسة التأمين أن ترفض انتسابه، كما من الأفضل أن تكون ملكية شركة التامين ملكية مشتركة بين القطاع العام والخاص كي تتوافر لديها سلطة الدولة مع تميُّز القطاع الخاص بالإدارة السلسة الأكثر فعالية، كما أنه من الأفضل ألا تكون مؤسسات التأمين ربحية، بل أن تكون لا تبتغي الربح، فيعود ربحها إذا وجد إلى صندوق الاحتياط لتخفيض قيمة الاشتراك السنوي والمرحلي.

على شركات التأمين، لاسيما الخاصة منها، أن تعمل على إعادة التأمين reinsurance لدى شركاتٍ عالمية درءاً لخطر الإفلاس أو لدى الدولة إذا كانت

مؤسسة تأمين حكومية، وذلك لتأمين حقوق المنتسبين لمؤسسات التأمين، ومن شأن ذلك أن يرفع من قيمة بطاقة التأمين في الشركات الخاصة.

كما يفضل خبراء الإدارة الصحية أن تشمل مؤسسات التأمين التغطية المادية فقط دون تقديم الخدمات مباشرةً من قبل شركات التأمين إذ إن هذه الازدواجية قد تضر بمصالح المنتسبين، فالأفضل هو الفصل بين التمويل وتقديم الخدمات والمراقبة وهي مهمات ثلاث أساسية في تقديم وتمويل الخدمات الصحية.

مبادئ تمويل الخدمات الصحية

تقوم عملية تمويل الخدمات الصحية على مبدئين أساسيين هما:

1ـ عدالة التمويل Equity، وهي تعني أن يكون تمويل الخدمات الصحية منصفاً بحيث يشارك كل فردٍ من أفراد المجتمع بحصة أو بنسبة مشابهة لنسبة دخله أو راتبه، أي أن يتم تحديد الانتساب بنسبةٍ توازي دخل الفرد مقارنةً بغيره من أفراد المجتمع، فلا يضطر الفقير إلى تسديد نسبةٍ أعلى من دخله للحصول على الخدمات الطبية. وهذا مبدأ تلحظه منظمة الصحة العالمية في تقويمها لأداء النظم الصحية على المستوى الدولي.

2 ـ فعالية أنظمة التمويل Effectiveness: يؤكد هذا المبدأ على توفير خدمات صحية جيدة، ذات نوعيةٍ مميَّزة وضمن إنتاجية قصوى، وذلك لترشيد الإنفاق وتخفيض الكلفة الإدارية لنظام التمويل الصحي.

ينص المبدأ على تأمين الخدمات الصحية التي أثبتت فعاليتها فيستثنى من التغطية الخدمات الصحية المشكوك بفعاليتها الطبية، وتقوم مؤسسات علمية بدراسة جدوى لكافة الممارسات الطبية لاعتمادها مثل "national institute of clinical excellence "Nice في المملكة المتحدة، وهي جهة مستقلة علمية توصي باعتماد ممارسات طبية أثبتت فعاليتها الطبية وأعطت مردوداً جيداً.

التقييم الاقتصادي Economic Evaluation

يتعلق التقييم الاقتصادي بمدخلات ومخرجات الرعاية الصحية والتي تسمى أحياناً التكاليف والنتائج. فالقليل من الناس مستعدون لأن يدفعوا ثمناً لشيء محتوياته غير معروفة، وبالعكس فالقليل منهم يقبل شيئاً حتى ولو كانت محتوياته معروفة ومرغوب بها دون أن يعرف الثمن الذي سيدفعه. وفي كلتا الحالتين فإن الارتباط بين التكاليف والنتائج هو الذي يسمح لنا بالوصول إلى القرار. ويتعلق التحليل الاقتصادي economic analysis بالاختيارات choices، فندرة الموارد وعدم مقدرتنا بالتالي على إنتاج المخرجات المرغوب بها يستلزمان عمل اختيارات في كل النشاطات البشرية. تصنع هذه الاختيارات على أساس عدة معايير criteria.

التعريف

يعرف التقييم الاقتصادي بأنه التحليل المقارن لمساقات الفعل البديلة alternative courses of action بشكل تكاليف ونتائج. لذلك فإن المهمات الأساسية للتقييم الاقتصادي هي: أن نتعرف على نتائج البدائل المختلفة الموجودة لدينا، ونقيسها ونقيمها ونقارن تكاليفها. إن هذا التعريف وهذه المهمات تميز جميع أشكال التقييم الاقتصادي بما فيها تلك التي تتعلق بالخدمات الصحية.

الأوضاع المختلفة للتقييم الاقتصادي

لقد استخدمت مسألة علاقة التحليل الاقتصادي بالتكاليف والنتائج وبالبدائل المختلفة للتمييز بين الأوضاع المختلفة للتقييم الذي نواجهه في أدبيات تقييم الرعاية الصحية. ويبين الشكل التالي الإجابة عن سؤالين هما:

- هل هناك مقارنة بين بديلين أو أكثر؟
- هل تم فحص كلا التكاليف (المدخلات) والنتائج (المخرجات) للبدائل المختلفة؟

وذلك في مصفوفة مؤلفة من ست خلايا تمثل الأوضاع المختلفة للتقييم:

	لا		نعم
	فحص النتائج فقط	فحص التكاليف فقط	
	1أ وصف النتيجة	1ب وصف التكلفة	2 وصف التكلفة والنتيجة
هل هناك مقارنة بين بديلين أو اكثر	3أ تقييم النجاعة أو الفعالية	3ب تحليل التكلفة	4 تحليل تخفيض التكلفة تحليل التكلفة والفعالية تحليل التكلفة والمنفعة تحليل التكلفة والفائدة

أوضاع التقييم الاقتصادي للرعاية الصحية

في الخلايا 1أ، و1ب، و 2 لا يوجد هناك مقارنة بين البدائل أي أن هناك خدمة وحيدة أو برنامجاً وحيداً للمقارنة. وما يتم إجراؤه هو وصف لهذه الخدمة أو هذا البرنامج لأن التقييم يتطلب المقارنة.

في الخلية 1أ تم فحص نتائج الخدمة أو البرنامج فقط وهكذا تمت تسمية التقييم هنا وصف النتيجة outcome description. في الخلية1 ب، ولأن التكاليف فقط هي التي فحصت فقد سمي التقييم هنا وصف التكاليف cost description

في الخلية 2 تم وصف كلٍّ من التكاليف والنتائج لخدمة أو برنامج وحيد وهكذا سمي التقييم هنا وصف التكاليف والنتائج cost-outcome description.

تحتوي الخلايا 3 أ، و 3 ب على أوضاع تقييمية تم فيها مقارنة بديلين أو أكثر ولكن في كل منها لم يتم فحص التكاليف والنتائج في آن واحد. في الخلية 3 أ قورنت فقط نتائج البدائل ولهذا سُمِّيَ التقييم هنا تقييم النجاعة أو الفعالية efficacy or effectiveness evaluation.

في الخلية 3 ب، تم فحص تكاليف البدائل المختلفة فقط وتسمى الدراسات التي تجرى في هذا المجال تحليلات التكلفة cost analyses.

من الملاحظ أن جميع الخلايا السابقة لا تستوفي بشكل كامل شرطي التقييم الاقتصادي كليهما، ولهذا السبب أشير إليها جميعاً بالتقييمات الجزئية. وهي يمكن أن تمثل مراحل متوسطة هامة في فهمنا لتكاليف ونتائج الخدمات أو البرامج الصحية. وعلى كل حال فإن التقييم الجزئي يشير إلى أن الطرق المستخدمة فيه لا تسمح لنا بالإجابة عن أسئلة حول المردود ولذلك نحتاج إلى دراسات تستخدم الطرق الموجودة في الخلية 4 تحت عنوان التقييم الاقتصادي الكامل full economic evaluation وهي:

- تحليل تخفيض التكلفة cost-minimization analysis: وفيه يتم تقييم برنامجين النتائج فيهما متماثلة واختيار البديل الأقل تكلفة.
- تحليل التكلفة والفعالية cost-effectiveness analysis: يوجد هنا اختلاف في تحقيق النتائج وكذلك اختلاف في التكاليف بين البدائل المختلفة، فلا نختار البديل الأقل تكلفة ما لم يكن له فعالية أكبر. تحسب في هذا النوع من التحليل إما تكلفة وحدة الفعالية الواحدة (تكلفة إطالة العمر لسنة واحدة) وإما فعالية وحدة التكلفة الواحدة (عدد السنوات التي يتم إطالتها مقابل دفع دولار واحد).
- تحليل التكلفة والفائدة cost-benefit analysis: وتقارن هنا التكاليف بالنتائج بعد حساب قيمتها على شكل وحدات مالية.
- تحليل التكلفة والمنفعة cost-utility analysis: ويتم في هذا النوع من التحليل إحكام النتائج حسب الجودة (إحكام جودة الحياة)، فتحسب النتائج مثلاً بشكل سنوات الحياة المصححة باحتساب الجودة quality-adjusted life-years.

I ـ شركات إدارة المطالبات الطبية

في منتصف الثمانينيات بدأت تكلفة الخدمات الطبية ترتفع بشكلٍ مُطَّرِد وأصبحت تغطيات الجهات الضامنة الرئيسية تشكل جزءاً صغيراً من تكاليف الخدمات الاستشفائية، مما حمل الأشخاص المشمولين بالتغطية أعباء مالية تفوق قدراتهم. وفي نفس الوقت أصبحت تكاليف الخدمات الاستشفائية عبئاً كبيراً على المرضى الذين يسددون فواتيرهم نقداً.

من هنا، نشأت الحاجة لإيجاد حلولٍ بديلة والتي تركزت على إنشاء صناديق تكافل، وعلى انتشار برامج التأمين الصحي المقدمة من شركات التأمين.

مع هذه التطورات بدأت عدة مشاكل بالظهور في مجال تقديم الخدمات الطبية والتي تركزت على:

1 ـ تعدد الفرقاء وتشابك مصالحهم

2 ـ تحديد الجهة المسؤولة عن تسديد الفاتورة

3 ـ ترشيد النفقات

4 ـ مراقبة الأعمال الطبية وتحديد ضروراتها

ولقد مرَّت العلاقة بين مختلف الأطراف بمخاضٍ عسير لتمييز حقوق وواجبات كلٍ منهم. وأصبح موضوع التنسيق عملاً مضنيًا جداً خصوصاً بعدما بات يضم في معظم حالات الاستشفاء الأفرقاء التاليين:

1 ـ المريض أو المؤمَّن

2 ـ الطبيب المعالج أو الأطباء المساندون

3 ـ المستشفى أو المركز الطبي

4 ـ الهيئات العامة الملتزمة بتغطية تكاليف الخدمات الطبية حسب شروطها

5 ـ شركات التأمين، صناديق التكافل والمؤسسات الخاصة

6 ـ شركات إعادة التأمين

ومن هنا برزت الحاجة لوجود «منسق» لهذه العلاقات المتشابكة والمتضاربة بعضها ببعض.

II ـ شركة الإدارة للفريق الثالث «Third Party Admimistrator»

الدور الأساسي للإدارة للفريق الثالث أو ما يسمى شركة الإدارة هو:

أ ـ إدارة وتنظيم الخدمات الاستشفائية والصحية والطبيبة وغيرها في مجال المساعدة الطبية، وذلك لكافة المؤسسات والشركات الخاصة والعامة المشاركة والتي تقدم للعاملين فيها وموظفيها مجموعة من الخدمات الاجتماعية والصحية عملاً بأنظمتها

الداخلية. وذلك عبر شبكة من الاختصاصيين في حقول الطب والإدارة والقانون تسهر على القيام بالمهمات الأساسية التالية:

- القيام بكافة الإجراءات الإدارية الواجب اتخاذها لتلقي كافة الخدمات الطبية بشكلٍ دقيقٍ وسريع ومريح للمرضى
- مراقبة وضبط الكلفة الطبية التي تشكل عادةً مصدر قلقٍ لكافة المؤسسات والشركات

ب ـ القيام بجميع أنواع المساعدة، وهي على سبيل المثال:

- المساعدة الطبية
- المساعدة في إدارة وتنظيم وترحيل الأشخاص من وإلى مكان إقامتهم
- المساعدة في عمليات النقل الطبية والسفر الصحي
- القيام بأعمال المساعدة في حوادث المسؤولية المدنية والمركبات وطوارىء العمل والحوادث الشخصية والأمراض والسرقة

وهذا الدور يمارس مع أخذ العوامل التالية بعين الاعتبار:

- الاهتمام المطلق بصحة المؤمَّن وأفراد عائلته من خلال تقديم خدمات مناسبة مع مراعاة الجودة والنوعية
- المراقبة الفعالة لتكلفة الخدمات الطبية للحفاظ عليها ضمن إطارٍ مقبول ومنطقي
- تنظيم وترشيد عملية تقديم الخدمات على مدار الساعة
- تحرير المؤمَّن أو المريض من كثيرٍ من الإجراءات الإدارية ومن تقديم الضمانات المالية
- التأكيد من تقديم الخدمات الطبية المثلى وضمن الوقت الزمني المطلوب للحفاظ على صحة المريض
- تفعيل دور الطب الوقائي من خلال الدعم المباشر وغير المباشر لحملات التوعية الصحية

III ـ البرنامج الإداري للخدمات الطبية (الإجراءات التشغيلية)

1 ـ قسم خدمة العملاء

مهمات هذا القسم تتمثل بالتعاطي المباشر مع المؤمَّن عليه أو المريض، لذلك من أهم شروط هذا القسم إطلاع موظفيه على كافة بنود العقود التأمينية والاستثناءات المتعلقة بها للعمل على تلبية طلبات واستفسارات الزبائن مباشرةً عن طريق الهاتف من داخل الشركة أو في المراكز الطبية. وهذا القسم يحتوي على ما يسمى "الخط المباشر أو

الدائم أو الساخن" Hot Line الذي له القدرة لتلبية حاجات المؤمّنين في جميع الأوقات وأينما كانوا حتى في الخارج.

2 ـ قسم الشبكة الطبية

يقوم هذا القسم بتحديد وتنظيم الشبكة الطبية المتعاقدة (مستشفيات، مختبرات وأطباء) عبر وضع العقود ولوائح الأسعار، كما يقوم هذا القسم بمراقبة مستوى الخدمات المقدمة من قبل المراكز الطبية.

3 ـ قسم الأطباء المراقبين

يتألف هذا القسم من أطباء مختصين يقومون بمراقبة حالة المضمون الصحية في المستشفيات، وكذلك التدخل مع الأطباء المعالجين والمساعدة في تحديد العلاج المطلوب وتحديد الموافقات الطبية. ومن مهماتهم أيضاً استلام فواتير المستشفيات وإلغاء الأعمال غير المشمولة بالتغطية ووضع نظامٍ لذلك وفقاً لقانون الآداب الطبية.

4 ـ قسم المندوبين المراقبين

يقوم هذا القسم بإصدار الموافقات ومتابعة الحالة المرضية بعد مراجعة شروط عقد التأمين للمؤمن (مدة التأمين، سقف التغطية، الأعمال الطبية غير المسموح بها... إلخ). يقوم هذا القسم وبعد الاتصال اليومي بالمندوب لمعرفة حالة المؤمَّن بالتحديد المسبق للكلفة الإجمالية. كما يقوم بإصدار تقرير (أسبوعي، شهري) عن عدد الحالات وكلفتها الإجمالية، ومن مهماته أيضاً مراقبة الأداء للمراكز الطبية وأخذ المبادرة اللازمة لتحسين خدمة المريض.

5 ـ قسم التدقيق

يقوم هذا القسم بوضع نظام التدقيق الداخلي تطبيقاً للاتفاق مع المستشفيات ولعقد الشركات الخاصة والعامة، ويتم تدقيق فواتير المستشفيات والمستندات الواجب إرفاقها، كما يهتم بتطبيق الأسعار والحسومات المتفق عليها مع الشبكة الطبية. ويعمل هذا القسم على إنهاء المطالبات والتسويات وإغلاقها وإصدار أذونات صرف وبراءة ذمة.

6 ـ قسم الإحصاء

يعتمد هذا القسم في أساس عمله على جميع الأقسام المذكورة أعلاه، إذ يعمل على استخلاص النتائج الصادرة عن أعمالهم اليومية، ويعمل على إصدار التقارير والإحصاءات المطلوبة من الشركات والمؤسسات المتعاقدة.

IV ـ العناصر الأساسية التي يجب توفرها بالعقد لإنجاح العلاقة بين الأطراف:

- تحديد دور وحاجة كل طرفٍ في العقد
- تحديد حقوق وواجبات كل طرفٍ في العقد
- تحديد الجهة التي يتوجَّب عليها تسديد المطالبات بشكلٍ صريح وواضح
- تحديد طريقة الدفع
- تحديد كيفية حل النزاعات الطبية
- تحديد آلية التحكيم

الفصل الثاني عشر

عملية وطرق التخطيط

The Planning Process and Methods

مقدمة

إن النظم الصحية هي نظم معقدة تتغير باستمرار وتتفاعل مع محيطها بشكلٍ دائم، مما يستوجب تطويرها وتقويمها وإعادة صياغتها إذا لزم الأمر. هذه الجهود تتطلب عملية التخطيط التي هي واسعة الآفاق وتحتاج إلى خبرات متعددة. فالتخطيط هو أساساً منهجية لتطوير النظم الصحية.

التعريف

بالإمكان تعريف التخطيط على أنه عملية تحليل وتفهُّم للنظام، التي تتطلب تحديد رسالته وأهدافه، ودراسة إمكاناته، وتحديد الخيارات المتاحة من أجل تحقيق الأهداف. كما تشمل هذه العملية تقويم فعالية الخطط الموضوعة، واختيار الحل الأفضل والعمل على تحقيق وتنفيذ هذا الخيار، مع رصد النظام للتوصل إلى أفضل تلاحم بين الخطة والنظام المراد تنفيذه والأهداف المراد تحقيقها. والتخطيط هو أيضاً عملية تتحول من خلالها مؤسسة ما أو نظام ما من وضع قائم إلى وضع أكثر ملاءمة، حيث يتطلّب التخطيط التمعن في اختيار الفرص المتاحة وتحديد الأخطار المحدقة في المستقبل لنظام ما. والتخطيط كذلك هو وسيلة للتأكد من أن الموارد المتاحة حالياً وفي المستقبل تستعمل بالطريقة الأمثل والأكثر فعالية للوصول إلى الأهداف التي تم تحديدها.

يتضح لنا من خلال هذه التعريفات بأن التخطيط هو من أهم مسؤوليات المدير أو الإدارة، إذ إنه من الصعب التفكير بإدارة لا تتطلب قسطاً مهمّاً من التخطيط.

مقوِّمات عملية التخطيط

يتطلب التخطيط اتخاذ قرارات لها أبعاد في المستقبل ـ إذ إنه بالإمكان توقع ما سيكون في المستقبل من خلال دراسة الوضع الحالي إذا لم تحصل تطورات غير متوقعة. كما

أن التخطيط قد يوفر فرصة للتدخل لإبعاد بعض الأخطار أو السلبيات، وتزداد نسبة نجاح عملية التخطيط إذا ما اتبعت منهجية مدروسة ومنظمة للعملية.

إن التخطيط يتطلب موارد لا يستهان بها، وبالتالي لابد من التركيز على عملية التخطيط ضمن مؤسسات ومجتمعات مهمة وليس على مستوى الفرد أو الأسرة.

إن القرارات التي تنبع من عملية التخطيط تبقى من اختصاص المدير والإدارة العليا التي هي مسؤولة حتى ولو لم تقم بعملية التخطيط أو طلبت من اختصاصيين أو من بيوت خبرة القيام بعملية التخطيط. فالمخططون ليسوا في النهاية سوى مسهِّلين أو حفَّازين للعملية Catalyst.

خصائص التخطيط

إن التخطيط هو عملية محددة، علمية، رصينة، ذات أهداف واضحة تعتمد على أرقام وبيانات. وهو يبقى عملية مستمرة تتطور بصورة متواصلة، وتتطلب تواصلاً مع مجموعات عديدة. ويتطلّب التخطيط استطلاع المستقبل والاستفادة من وسائل التنبؤ التي تتوقّع حصول تطوّرات معينة.

مراحل التخطيط

يقترح الاختصاصيون المراحل التالية لعملية التخطيط:

1 ـ الإعداد لعملية التخطيط
2 ـ تحليل الأوضاع المحيطة بالنظام الذي يراد دراسته
3 ـ تحديد الرسالة والأهداف
4 ـ تحديد الخيارات المتاحة للتوصل إلى هذه الأهداف
5 ـ دراسة وتقويم فعالية الخيارات المتاحة والبدائل
6 ـ تنفيذ الخطة المقترحة
7 ـ رصد وتقويم النتائج وعملية التنفيذ

الإعداد لعملية التخطيط

من المستحسن أن يتم تشكيل فريق عمل يعنى بعملية التخطيط المرجوة. ويبقى تجمّع المسؤولين عن خطة العمل بحد ذاته مهماً وعاملاً مساعداً للتخطيط. وقد ترى الإدارة أن بعض المشاركين قد يحتاجون لمهارات إضافية مهمة لعملية التخطيط مما يستدعي إجراء ورشات عمل أو ندوات لشحذ هذه المهارات لديهم.

دراسة وتحليل الأوضاع ذات التأثير على النظام

يتوجَّب على المؤسسة الحصول على معلومات واضحة، وعلى درجة من الصواب والتأكُّد من الأوضاع ذات التأثير عليها. وقد يحصل فريق التخطيط على هذه المعلومات من خلال إجراء مسح سكاني، أو دراسة للسوق، أو مراجعة لطلبات المستفيدين وبلورة آرائهم وملاحظاتهم.

إن الوسيلة المتبعة هي عملية تحديد مَوَاطن القوة strengths، ومَوَطن الضعف weeknesses، والفرص المتاحة opportunities، والأخطار risks، وتدعى هذه العملية طريقة SWOT Analysis. تدرس هذه الطريقة بعناية وضع المؤسسة أو النظام وتقوم بتحليل الأوضاع ذات التأثير عليه. ففي مجال تحديد نقاط القوة، على الباحث أو المخطط أن يجد أجوبة لأسئلة، أمثال: ما هي المزايا التي تتمتع بها المؤسسة؟ ما هي أسباب تفوقها في بعض المجالات؟ ما هي الأمور التي تميزها عن غيرها؟ من هم زبائنها؟ من هم المستفيدون مِن مقوماتها؟

أما في مجال تحديد نقاط الضعف، فعلى المؤسسة أن تتساءل عن كيفية التطوير والتحسين مع تحديد الأوضاع التي لا تسير بشكل جيد والتي تتطلب الانتباه والتصحيح، كما على المؤسسة أن تدرس وضع المنافسين وأسباب تفوقهم.

عند تحليل الفرص التي قد تتاح، على المؤسسة أن تدرس بإمعان التيارات الحالية القائمة وكيفية الاستفادة منها ومن تقنيتها المحتملة، لاسيما في مجال التقنيات والأسواق والقرارات الحكومية والتلاؤم مع عادات الناس والزبائن، كذلك عليها أن تدرس الأخطار والصعوبات التي قد تواجهها في سير عملها، مع معرفة ماذا يخطط له المنافسون (إذا أمكن)، وما هي التغيرات التي من المستحسن إدخالها على السلع أو الخدمات.

إن طريقة مواطن القوة والضعف والفرص المتاحة والأخطار (SWOT) تتطلب أيضاً دراسة الوضع الداخلي للمؤسسة بعناية فائقة مع الإمعان في تحديد إمكانيات المؤسسة في مجال الإدارة، والبرمجة والتمويل. إن دراسة الوضع الداخلي من شأنه أن يرفع من معنويات الموظفين ويحفزهم للعمل بطريقة أفضل ذلك لأن المسؤولين عن المؤسسة يستشيرونهم في أمور المؤسسة ويستطلعون آراءهم حول مستقبل المؤسسة أو الشركة.

تحديد رسالة المؤسسة وأهدافها

إن تحديد رسالة المؤسسة وأهدافها يبقى من أهم خطوات عملية التخطيط، إذ إن هذه المرحلة ستؤدي ليس إلى تحديد الأهداف فحسب بل أيضاً إلى برمجتها وتوقيت حصولها.

تحديد الخيارات المتاحة للتوصل إلى الأهداف

يتم في هذه المرحلة تحديد كيفية الوصول إلى الأهداف المرجوة، بعد دراسة الخيارات المتوفرة وحسنات أو مساوىء كل خيار من الخيارات. وتعتمد هذه المرحلة عادة على طرق علمية مثل استثارة الأفكار brain storming أو البحوث أو ما يسمى بالخريطة الذهنية mind map.

تعتمد الخريطة الذهنية على التركيز على كلمة مركزية واحدة أو فكرة معينة واحدة، وتحديد ما بين 5 أو 10 أفكار تمتُّ بصلة إلى هذه الكلمة أو إلى هذه الفكرة، وتعاد الكرَّة، مع كل هذه الأفكار الجديدة ويستنبط منها أفكار إضافية. وهذه الطريقة تستهدف الوصول إلى حلول مبتكرة وغير مألوفة لبعض المشاكل أو الصعوبات أو الأفكار. والهدف منها هو التشجيع على استحداث الأفكار بسهولة دون التقيد بحدود معينة أو بأساليب محددة. والغرض هو استنباط أفكار مبتكرة تؤدي إذا تم اعتمادها إلى حلول جريئة تحقق الأهداف المرجوة للمؤسسة.

يعتمد البعض في هذه المرحلة على دراسة نماذج models للمشكلة التي يراد تحليلها أو للهدف التي تعمل المؤسسة على تحقيقه. وتساعد النماذج على عرض المواضيع، ودراستها وتفسير مقوماتها وبالتالي وصف الحلول لهذه المواضيع، لابد لهذه النماذج أن تقارب الوضع الحقيقي وأن تساعد في تحليل الموضوع والتعامل معه. يستعمل الباحثون الذين يعتمدون على النماذج طرق علمية محددة مثل دراسة المخازن، ومدة الانتظار، ودراسة المنافع مقابل الكلفة، وغيرها من الطرق الحسابية أو الاستبيانية.

الملحق رقم 1

النموذج المتكامل لعملية التخطيط الاستراتيجي

1 ـ هيِّء المناخ التنظيمي المساند أو الداعم لعملية التخطيط الاستراتيجي.

2 ـ استكشف عناصر البيئة الخارجية للبحث عن الفرص المتاحة فيها وتحديد مصادر التهديدات التي تنطوي عليها، وحدد العوامل المهيئة للنجاح أو الفشل في صناعتك.

3 ـ ادرس عناصر بيئتك الداخلية لتعرف نقاط ضعفك ومصادر قوتك وحدد موقفك الحالي، فمن هنا تنطلق للتعامل مع الفرص والتهديدات.

4 ـ قم بتمحيص العوامل السابقة وإعداد التنبوءات والافتراضات المتعلقة بالوضع

البيئي، لتخرج بالقضايا والتوجيهات الاستراتيجية المناسبة للفترة القادمة (فترة الخطة الاستراتيجية).

5 ـ حدد رسالة مؤسستك وأهدافها في ضوء النقاط السابقة.

6 ـ ادرس الخيارات الاستراتيجية المختلفة المتاحة أمامك لاختيار الاستراتيجية المناسبة لتحقيق أهدافك ورسالتك خلال الفترة القادمة.

7 ـ حدِّد السياسات التي ستتبعها.

8 ـ ترجم الخطوات السابقة إلى برامج وموازنات وإجراءات عمل:

- إعداد قوائم بالأنشطة المطلوبة
- إعداد قوائم مالية مفصلة لكل برنامج
- إعداد إجراءات تشغيل تصف كيفية أداء الأعمال والمهام

9 ـ الرقابة الاستراتيجية وتقييم الأداء:

- حدِّد النتائج المتوقعة ومعايير قياسها لمقارنة الأداء الفعلي بالأداء المخطط.
- حدِّد المعلومات اللازمة لضمان تحقيق الرقابة الفعالة على الأنشطة (الحصة السوقية ـ العائد على المبيعات ـ ردود أفعال المنافسين وغيرها).
- ما هي توقعاتك بالنسبة للمشكلات التي قد تواجهها أثناء التنفيذ؟
- حدِّد الإجراءات التصحيحية التي قد تلزم.

إن التخطيط الاستراتيجي هو أداة إدارية لها منافع عديدة. ووضع الاستراتيجية أو الخطة العامة لمؤسسة ما، يعني وضع الخطط والبرامج لتحقيق رسالتها وأهدافها، لاسيما ما يتعلق منها بتمييز المؤسسة ضمن محيطها وبيئتها عن أقرانها ومنافسيها.

إن المبدأ الأساسي والأهم في تحديد الاستراتيجية للمؤسسة هو وضع خطة للمستقبل، فنركز على نظرة واضحة لدور المؤسسة وأهدافها على مر السنوات القادمة. إذ إن وضع خريطة الطريق للمؤسسة سيؤدي إلى شحذ الهمم والتنسيق بين النشاطات وتأكيد الدعم للمؤسسة. ومن المنافع الأخرى تحسين عملية اتخاذ القرار، وبلورة شبكة الاتصال والتفاهم والتنسيق، والتشجيع على المشاركة في بحث خطة العمل وتحفيز المشاركين للعمل على إنجاح الخطة، ذلك أن المؤسسات الصحية تعمل في محيط يتغير باستمرار ويواجه أوضاعاً قد لا تكون متوقعة، مما يستوجب التفكير بكيفية التحضير الجيد للاستفادة من هذه التطورات. ويتطلب تحديد الاستراتيجية النظر أو بالأحرى إعادة النظر برسالة المؤسسة ورؤيتها للمستقبل وتحديد خطة العمل للبقاء ضمن رسالة المؤسسة.

وهناك ثلاثة أنواع أو مراحل من التخطيط الاستراتيجي: مرحلة التخطيط لرسالة المؤسسة، ومرحلة التخطيط لإدارة المؤسسة، ومرحلة تنفيذ عمليات المؤسسة. ولكل مرحلة من هذه المراحل سياسات وأهداف وتوقعات وشبكات اتصال خاصة بكل منها.

فسياسة المؤسسة هي عبارة عن المبادىء الاساسية التي تشمل عادة قيم المجتمع وقيم المؤسسة ضمن هذا المجتمع. فالتخطيط في هذه المرحلة هو كناية عن تأكيد سياسة المؤسسة تجاه الأفكار والقيم السائدة في المجتمع ودورها في هذا المحيط، لاسيما في ظل أوضاع متضاربة، مما يستوجب التكيُّف مع هذه الأوضاع والاستفادة القصوى من وضعها في المجتمع.

أما بالنسبة للتخطيط على مستوى الإدارة، فالتركيز يكون على السبل والطرق التي ستعتمدها المؤسسة لتنفيذ خطتها. وتستوجب هذه المراحل وضع النظم التشغيلية والإدارية الآيلة إلى تحقيق الأهداف، فالتخطيط على مستوى الإدارة يعتمد على القيم المناسبة لرسالة المؤسسة، وعلى دراسة وضع المؤسسة ضمن المجتمع وعلى التنسيق المطلوب بين مقومات وإدارات المؤسسة لتحقيق الأهداف، والتخطيط في هذه المرحلة يحوِّل الرؤيا إلى واقع عملي يتوجب استحداثه والاستفادة منه.

أما التخطيط في مرحلة التنفيذ أو المرحلة العملية التقنية فهو يهدف إلى الاستفادة القصوى من الموارد ومن الوضع لتحقيق أهداف الإدارة. ويكون التخطيط في هذه المرحلة تخطيطاً عملياً، وقد يكون حسابياً. ويستخدم أدوات محددة مثل تحليل شبكة الوظائف أمثال مخطط غانت Gantt Diagram وأسلوب تقييم البرامج ومراجعتها (PERT) Programme Evaluation amd Revision Technique.

التخطيط الاستراتيجي Strategic Planning

الاستراتيجية

الاستراتيجية هي فن اختيار المسار أو المسلك الأساسي للمؤسسة من بين المسارات البديلة المختلفة والمتاحة لها، لتحقيق أهدافها في ظل ظروف عدم التأكد والمخاطرة، وعلى ضوء مخططات المؤسسة ومسار كل من تتعامل معهم أو تؤثر على مصالحهم من المؤسسات والنظم والأفراد.

وتتضمن الاستراتيجية

أ ـ قرار بتحديد الخط الاستراتيجي للمؤسسة

ب ـ القرار يخطط للمستقبل الطويل

ج ـ تصور ردود فعل الآخرين وتوقعها والتخطيط لمواجهتها

التخطيط الاستراتيجي

التخطيط الاستراتيجي هو عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بتحديد رسالة وأهداف المؤسسة وتقرير المسار الأساسي الذي تسلكه لتحقيق أهدافها ويحدد أسلوبها وشخصيتها ويميزها عن غيرها من المؤسسات. (راجع الملحق رقم 1)

مراحل التخطيط الاستراتيجي

1 ـ التخطيط لعملية التخطيط. تتطلب هذه المرحلة صياغة رسالة المؤسسة بدقة وبتفصيل، إذ إن كل المراحل اللاحقة تنبع أساساً من هذه الرسالة، ويضع هذه الرسالة عادة المجلس المسؤول عن المؤسسة كمجلس المديرين أو مجلس الأمناء. ومهمة المخطِّط في هذه المرحلة هي تسهيل عملية التخطيط أو إدارة عملية التخطيط، أي أن مهمة التخطيط تبقى مهمة الإدارة العليا ومسؤوليتهما القيام بها وتنفيذها.

تقع مسؤولية عملية التخطيط عادة على مجلس المديرين أو مجلس الأمناء، وقد يعد الخطة المجلس بأكمله أو لجنة منبثقة عنه، أو إدارة تسند إليها هذه المسؤولية، ودرجت العادة أيضاً على دعوة مستشارين أو بيوت خبرة من خارج المؤسسة للقيام بإعداد الخطة ومن ثم عرضها على المجالس لبحثها ومن ثم اعتمادها. إن دعوة المستشارين (أفراداً أو من خلال بيوت خبرة) يتطلب تحديد مهمة عملهم وبالتالي يساعد على بلورة أهداف التخطيط وما يرمي إليه.

وكما أسلفنا الذكر، هنالك طرق عديدة يمكن لهيئة التخطيط استعمالها مثل دراسة مَوَاطِن القوة والضعف والسلبيات والإيجابيات. كما يكفي استعمال طريقة تحليل الثغرات Gap Analysis ـ وهي طريقة تعتمد على تحديد الوضع الأمثل للمؤسسة في المستقبل المنظور ومقارنته بالوضع الحالي، وبالتالي تحديد الخطوات التي يتوجب اتخاذها واستكمالها لتصنيف الثغرات بين الوضعين، فتكون هذه النشاطات نواة خطة العمل للمؤسسة.

إن طريقة تحليل الثغرات هي عبارة عن مجموعة من الإجراءات التي بواسطتها يتعرف المحلِّل (من خلال الملاحظة والاستبيانات وجمع المعلومات) على الوضع العام للمؤسسة من أجل تحليله والتعرف على أوجه النقص، ثم يقدر الخطوات الضرورية الواجب اتخاذها لتصحيح الأوضاع السابقة التي قد تؤدي في حال استمرارها إلى تأخير ومنع التطوير والوصول إلى تحقيق الأهداف المرجوة في المؤسسة.

2 ـ تحديد رسالة المؤسسة ومبادئها الأساسية. إن لرسالة المؤسسة أهمية كبيرة إذ إن كافة الأعمال والنشاطات لابد أن ترتبط بهذه الرسالة، فهي المشعل الأهم لأية مؤسسة. وعلى المؤسسة أن تحدد رسالتها من خلال الإجابة عن أسئلة محددة تشمل ما هو

الهدف الأساسي للمؤسسة؟ ما أهمية هذا الهدف؟ وكيف يمكن للمؤسسة إفادة محيطها ومجتمعها؟ وكيف سيتم ترجمة هذا الهدف إلى نشاطات معينة؟

إن رسالة المؤسسة يجب أن توضع بدقة ووضوح، مع ترك هامش معين يسمح للمؤسسة ببعض الحرية حتى لا تكون مكبلة ومقيدة في تحركها في المستقبل. ولا بد لرسالة المؤسسة من أن تحظى بموافقة المسؤولين والقائمين على المؤسسة، وإذا لزم الأمر، مساندة الموظفين والعمال لها. إن عملية تحديد رسالة المؤسسة قد يستلزم إعادة النظر بها بشكل دوري مع اكتمال كل مرحلة من مراحل التخطيط. وتؤخذ بعين الاعتبار كافة الأنشطة والأعمال التي يراد استكمالها ضمن خطة العمل هذه.

3 ـ **دراسة الوضع أو المحيط.** لابد من دراسة الأوضاع المحيطة بالمؤسسة لتحديد الاستراتيجية التي يراد اتباعها. وتتعلق هذه الأوضاع بالمحيط الخارجي للمؤسسة كما أنه يشمل دراسة الوضع داخل المؤسسة. إن دراسة الأوضاع المحيطة بالمؤسسة يشمل كافة القطاعات من اجتماعية أو سياسية أو فكرية أو عقائدية أو تنظيمية أو تشريعية. ولكل هذه المرافق أهمية في التخطيط السليم، إذ إن دراسة وتحليل الوضع بصورة صحيحة ووثيقة سيساهم في تفهم الأوضاع والإعداد الأفضل للأعمال والنشاطات.

إن هذه المرحلة تتطلب تجميع المعلومات من مصادر عديدة، منها إجراء مقابلات مع الموظفين والمديرين والعمال داخل المؤسسة، أو توزيع استبيانات أو عقد ندوات، كما أنها تشتمل على تقصي المعلومات حول الوضع خارج المؤسسة. وتعتمد كمية المعلومات المطلوبة على أهمية مدى التناغم بين المؤسسة ومجتمعها، ويلاحظ عادة بأن المؤسسات الصحية أكثر التحاماً بأوضاع المجتمع من غيرها من المؤسسات في قطاعات أخرى غير الصحة.

تتطلب دراسة الوضع تفحص الوضع الاجتماعي العام، ورصد بعض التغيرات الأساسية فيه، واستنباط بعض التوقعات نحو التغير، ودراسة مدى تأثر المؤسسة بهذه التطورات والتغيرات. كما أن دراسة الوضع لا بد أن تشمل وضع القطاع وخصائصه والمنافسة داخله وسوق العمل فيه وتصنيف أو تقطيع هذا السوق.

والجدير بالذكر هنا أن التخطيط المؤسساتي قد أدى إلى إدخال علم التسويق وأدواته في عملية التخطيط.

وتختلف الآراء وتتعدَّد حول تعريف التسويق ويعود ذلك إلى التطوير السريع في أساليب وكميات إنتاج السلع وفي عرض وتأدية الخدمة من جهة وإلى تبدل بيئة المستهلك الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والنفسية من جهة أخرى عبر مراحل تاريخية متعاقبة.

يقدّم بيكمان التعريف التالي للتسويق: إنه ذلك النشاط الذي يساعد في التعرف على حاجات ومطالب المستهلكين كتخطيط السلعة وتصميمها وتحويل ملكيتها والقيام بتوزيعها. ويقول كرايفر: إنه يتضمن الأنشطة التجارية المتعلقة بتقديم السلع والخدمات من المنتج إلى المستهلك .

يلعب التسويق دوراً على جانب كبير من الأهمية في حياة الفرد والمجتمع وهذه الأهمية ناجمة عن الطبيعة الشمولية لوظائف التسويق التي تتضمن كافة مراحل البيع والتقييم بعد الإنتاج، أو بعبارة أخرى إن التسويق ليس عملية لاحقة للإنتاج إنما هو يبدأ قبل الإنتاج ويستمر في جميع مراحل الإنتاج موجّهاً له عن طريق الأبحاث والدراسات.

إن دراسة الوضع وتحليل مكوناته يتطلبان دراسة العرض والطلب لخدمات أو سلع معينة. كما أن التفاعل بين موفري الرعاية الصحية والمحتاجين إلى هذه الرعاية يبقى مثالاً على التواصل بين الفريقين في عملية التسويق.

نستعرض في هذا المجال بعض الأمثلة عمّا نعنيه بعملية دراسة وتحليل الأوضاع المؤثرة على المؤسسة. فدراسة المجتمع تشمل المعتقدات المتداولة حول الصحة والمرض، وسلوكيات المرء، وكلفة الخدمات الصحية، وتوقعات المجموعات بالنسبة لكمية جودة الخدمات الصحية، كما أن دراسة المجتمع تشمل دراسة وضع السكان من مؤشرات الولادة والوفاة والمرض والهرم السكاني ومستوى التربية والتعليم، والدين والعِرْق والمذهب.

أما دراسة الواقع الاقتصادي فتشمل مستويات الدخل، وفئات التوظيف، ونسبة التضخم، ونسبة الفوائد، ونسبة النمو، والقاعدة الصناعية والإنتاجية، والتوفير وتشغيل رؤوس الأموال، ومستوى الدخل الأدنى والعمالة.

وتشمل دراسة الوضع السياسي القوانين المتعلقة بالنظم الصحية والتمويل والترخيص للعاملين وللمؤسسات ونسبة الضريبة وأشكالها.

أما دراسة التكنولوجيا فهي تنص على دراسة المعدات والأجهزة الطبية والأدوية وتنظيم الخدمات الطبية. ونعني بدراسة الوضع الصحي التعريف بالصحة وبالنظام الصحي وأنماط المرض ومستويات المرض والعجز والوفاة.

أخيراً، تعتبر دراسة وضع المجتمع أو السوق أساسية لعملية تسويق الخدمات الصحية، فقد يستدعي الأمر تنظيم الخدمات على أساس جغرافي أو سكاني أو عمري.

وتجدر الإشارة في مجال تنظيم الخدمات الصحية والتخطيط لها إلى أهمية المسافة للوصول إلى هذه الخدمات الصحية والوقت اللازم للحصول عليها أو مدة الانتظار والعوامل الاجتماعية التي قد تشكل حاجزا لاستعمال هذه الخدمات. كما أن كلفة العلاج قد تشكل هي أيضاً أحد هذه العوائق أو الصعوبات التي قد تحد من استعمال الخدمات.

أما فيما يتعلق بالموارد البشرية فعلى فريق التخطيط أن يهتم بالمطلوب منها في المستقبل حسب نشأتها وأعدادها مع التحسُّب لعوامل الهجرة والإنتاجية.

إن دراسة الأوضاع تحتم على المخطط الإحاطة بهذه الجوانب كافة إضافة إلى الموارد المالية ومشاكل التنظيم والإدارة والتخزين والشراء وغيرها من الأمور الإدارية واللوجستية (الإمدادية) التي يجب التنبه إليها.

4 ـ تحديد الأهداف والتوقعات والمردود المتوقع. إن الأهداف تعبير عن التوقعات الصحية المرجوة، وبالتالي يجب أن تحدَّد حسب تطلعات المستفيدين من الخدمات الصحية وأن يكون بالإمكان التوصل إليها سواء من الناحية الفنية البحتة أو من الناحية المالية. إن الأهداف المعلنة ليست سوى تفاصيل لرسالة المؤسسة وسبب وجودها. وعلى فريق التخطيط أن يحدد الأهداف والطرق الأفضل للتوصل إليها فضلاً عن المسؤولين عن تنفيذ الخطة. كما أن معايير تحقيق الأهداف المرجوة يتوجب أيضاً أن تكون دقيقة ومحددة كي تنجح عملية التقويم لاحقاً. ويجب الإعداد للخطة بتفاصيلها ومنح الصلاحيات للمسؤولين عن التنفيذ وصرف الموارد الضرورية لتحقيق الأهداف.

5ـ مرحلة تحديد الخيارات. إن اختيار طرق التنفيذ يتطلب اختيار الوسائل التي تتلاءم بصورة أفضل مع رسالة المؤسسة وأهدافها، ومع مواردها ومع إمكانية تحقيق النجاح بهذه الوسائل. ومن الطرق المعتمدة في هذا المجال إعداد تصور وسيناريو scenario لما قد يكون الوضع المستقبلي وتحديد الخيارات على أساسه، كما أن استعمال النموذج Model يساعد في تفصيل هذا الوضع المستقبلي.

6 ـ التنفيذ. تتطلب عملية التنفيذ الاهتمام بالإدارة التنظيمية، وتوزيع المسؤوليات والموارد، والقيادة ونظم المراقبة ونظم المعلوماتية، وطرق التحفيز والحوافز. كل هذه الأمور تلعب دوراً مهماً في تنفيذ الخطة، لاسيما عملية اتخاذ القرار.

7ـ التقييم. تعتمد عملية التقييم على تحديد مدى تحقيق الأهداف المرجوة للخطة، وذلك حسب المؤشرات العملية والمادية والنوعية. ومن أهم أسس التنوع وضع نظم معلومات جيدة تخوِّل فريق التخطيط تقييم الخطة خلال مراحل التنفيذ وفي نهاية العمل. ويتطلب نظام المعلومات تجميع المعلومات والتأكد من صوابها وتخزينها وتحويل هذه المعلومات واسترجاعها بسهولة وإبراز أهمها.

ومن مزايا نظام المعلومات أن يكون دقيقاً يلبي حاجات فريق العمل، ويمكن الحصول على المعلومات بسرعة وسهولة وبكلفة معقولة، وأن يكون هذا النظام صعب الاختراق لضمانة سلامة المعلومات التي تم تجميعها.

8ـ التوقعات المستقبلية. تعتمد عملية التكهن بالمستقبل على خبرة المستشار أو بيت

الخبرة، أو على طرق معروفة مثل طريقة دلفي Delphi وطريقة دلبك Delbecq. كما يمكن استعمال طرق الإحصاء المعتمدة في أمور الاقتصاد والمجتمع مثل التحوُّف regression والاستيفاء extrapolation.

التخطيط الاستراتيجي للمؤسسات التي لا تهدف الربح

ارتبطت دراسات الإدارة الاستراتيجية بشكل تقليدي بالمؤسسات التي تهدف الربح، أكثر من ارتباطها بالمؤسسات التي لا تهدف إليه أو بالمؤسسات الحكومية، بالرغم من ارتباط نشأة الاستراتيجية بالفن العسكري وقيادة الحروب. إلا أن ذلك لا يعني أن هذا العدد الضخم من المؤسسات غير الموجهة للسوق، مثل المستشفيات والكليات والجامعات، والإدارات الحكومية وغيرها، ليست بحاجة إلى الرؤية الاستراتيجية والتخطيط الاستراتيجي. ولكن هل يمكن أن تسري نفس المبادىء والأسس التي تنطبق على ظروف السوق والمنافسة، على المؤسسات والوحدات التي لا تهدف إلى الربح؟ إن الإجابة في كل الأحوال، هي أن ذلك ممكن للأسباب التالية:

1 ـ فالاستراتيجية هي فن اختيار المسار أو المسلك الأساسي للمؤسسة سواء كانت خاصة أو عامة، تهدف أو لا تهدف إلى الربح.

2 ـ والإدارة الاستراتيجية تعني اتخاذ القرارات بشأن اتجاه المؤسسة في المستقبل وتنفيذ هذه القرارات. والترجمة العملية النهائية لكل ذلك في شكل خطط أو برامج محددة.

أنواع المؤسسات

لا شك أن هناك تفاوتاً كبيراً في أنواع المؤسسات طبقاً للأساس الذي يتم اعتماده في التصنيف. وبصفةٍ عامة يمكن تقسيم المؤسسات إلى أربعة انماط طبقاً للنشاط الذي تقوم به:

1 ـ مؤسسات خاصة تهدف الربح
2 ـ مؤسسات شبه عامة، تقدم خدماتٍ أو سلعاً للمنفعة العامة بصفة أساسية
3 ـ مؤسسات خاصة لا تهدف الربح، مثل الجمعيات الخيرية والتعليم الخاص
4 ـ مؤسسات عامة أو حكومية لتقديم الخدمات أو تحصيل الضرائب

مشكلات التخطيط الاستراتيجي في المؤسسات التي لا تهدف الربح

تنبع هذه المشكلات من مسألتين مهمتين تفرق بين المؤسسات التي لا تهدف الربح والمؤسسات التي تتوجه إلى السوق وتهدف الربح، وهما طبيعة أهدافها أو رسالتها، ومصدر الدخل أو إيراداتها.

ا ـ الأهداف

تثير هذه الأهداف في كثير من الأحيان قدراً كبيراً من الجدل أو المناقشة وتحتاج إلى تفسير، مثل: تقديم خدمة متميزة، تحقيق العائد الاقتصادي، تحقيق الأهداف الاجتماعية...

وهنا نجد أننا بحاجة إلى إعادة النظر في مثل هذه الأهداف، أو على الأقل ترجمتها إلى معايير كمية قابلة للقياس، والتمييز بين الأنواع المختلفة من هذه المؤسسات التي تشمل الجمعيات الخيرية والسلطات المحلية إلى جانب الأندية والجامعات والصناعات المؤممة ومؤسسات القطاع العام والحكومي.

1 ـ مقارنة طبيعة الأهداف في المؤسسات الخاصة الموجهة للسوق بتلك التي لا تهدف الربح

المؤسسات الخاصة الموجهة للسوق	المؤسسات التي لا تهدف الربح
كمية	كيفية
غير متغيرة	متغيرة
منسقة	غير منسقة
موحدة	مركبة
إجرائية	غير إجرائية
الوضوح والقابلية للقياس	العمومية وتعذّر القياس

ومن ثم نلاحظ أن المؤسسات الخاصة الموجّهة للسوق، بشكل عام، تتميز بوضوح الهدف الذي يتضمن ضرورة تحقيق مستوى معين من الربح وإمكانية قياس الأداء، وتقييم الاستراتيجيات البديلة.

أما الأهداف الأخرى مثل زيادة الحصة السوقية أو الأخذ بالمبادرات الفنية وغيرها، فيمكن اعتبارها استراتيجيات أو وسائل أكثر من كونها أهدافاً نهائية في حد ذاتها.

وبالمقابل تعتبر معظم أهداف المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح أهدافاً طبيعية كيفية، وغالباً ما تكون غير منسقة ومتغيرة وتفتح المجال للتفسيرات المختلفة.

2 ـ تغيُّر الأهداف والأولويات

ينتج التعارض أو التغير في الأهداف نتيجة التغير في الأولويات من فترة لأخرى. ففي البداية، يجري التركيز على أحد الأهداف حتى تفرض الضغوط الداخلية أو الخارجية، أو التغيرات السياسية والاقتصادية، أو التغيير في قادة الوحدة الإدارية في بعض الأحيان،

التحول إلى أهداف أخرى. فمثلا يتم التركيز في البداية على سياسة الرفاهية وتلبية الحاجات الاجتماعية، ثم قد يحدث تحول نحو السياسات التي تقوم على الكفاءة والمعايير المالية.

ويعكس هذا التغيُّر التغييرات في هيكل القوى الخارجية المسيطرة على التنظيم، وقد يعبِّر هذا التغيُّر عن عدم قدرة إحدى هذه القوى على الانفراد بالسيطرة على المؤسسة أو الأجهزة الإدارية.

3 ـ هدف النجاح

كثيراً ما تنشأ بعض المؤسسات التي لا تهدف الربح لتحقيق أهداف محددة قابلة للتحقيق، وحالما يتم إنجازها، يتشجع أعضاء المؤسسة للبحث عن هدف جديد.

وهكذا يمكن أن يصبح الهدف مشكلة لبعض هذه المؤسسات، تضعنا أمام ظاهرة غريبة: مؤسسات لا تدري ماذا تفعل!

وربما كانت هذه هي البداية في وضع الخطة الاستراتيجية، وهي تحديد الهدف أو الأهداف الرئيسية للمؤسسة.

4 ـ قياس الأداء

ما لم تكن المؤسسة واضحة الأهداف، بل ويمكن قياس مدى تحققها، فإنه سيكون من الصعب قياس الأداء في هذه المؤسسة خاصة أو عامة، طالما لا توجد طريقة موضوعية لتحديد الأداء.

5 ـ المقاييس البديلة للأهداف

هناك طرق أخرى لإمكان قياس بعض أوجه عمل أو مهام المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح، بافتراض أن الأداء الجيد سوف يعكس مدى تحقيق الأهداف الأصلية غير القابلة للقياس كمياً.

فمثلاً إذا كان هدف المدارس هو تعليم وإعداد التلاميذ ليكونوا أفراداً نافعين لوطنهم ومجتمعهم، فيمكن قياس الأداء هنا باستخدام معدلات النجاح في المدرسة التي يمكن على أساسها مقارنة الأداء بين المدارس المختلفة.

لكن ينبغي الحرص في مثل هذه الحالة على تبيان أوجه الخلاف بين المدارس من حيث الطاقة والموارد والدعم الذي قد تتلقاه كل مدرسة وغير ذلك من الظروف، وبالتالي معرفة ما إذا كان من الممكن استخدام معيار النجاح بمعزل عن هذه المتغيرات! ويمكن استخدام معايير أخرى مثل معدلات تأخذ في حسبانها كلاً من المدرس والتلميذ ودرجة الازدحام في الفصول، ونسب التسرُّب... وغيرها.

ونجد مشكلات مشابهة في مجالات الصحة، إذ إن ثمة قدراً كبيراً من الاختلاف حول ما ينبغي أن تكون عليه المخرجات، فضلا عن أن قياسها يتعلق بالانتهاء من العمل ولا يشير إلى مدى الجودة أو النوعية. فقد يشار إلى أن المستشفى يستقبل عدداً كبيراً من الناس لكنهم قد لا يتلقون أي علاج حقيقي.

II ـ مصدر الدخل والتمويل

تعتبر هذه المسألة من أهم النقاط التي تميز بين المؤسسات التي لا تهدف الربح، والمؤسسات التي تهدف إليه. فالأخيرة تعتمد على إيراداتها من مبيعاتها لما تنتجه من سلع وخدمات، وبذلك يكون الربح الناتج مقياساً لفاعلية المؤسسة وكفاءاتها، بينما تعتمد الأولى أساساً على الرسوم والمخصصات وغير ذلك مما تحصل عليه من أعضائها، أو من الممولين لنشاطها، أو ما يخصَّص لها من ميزانية الدولة في حالة النشاط الحكومي.

وبالتالي، فمصدر الدخل فيها لا يكون من العملاء الذين يدفعون مقابل مشترياتهم أو لقاء حصولهم على الخدمة، فالناس هنا قد يحصلون على الخدمة دون أن يدفعوا مقابلها أو يدفعون مبلغاً لا يوازي ثمن الخدمة بالضبط.

من هنا، نجد أنه في حالة المؤسسات الموجَّهة للسوق، توجد علاقة مباشرة بين العميل والمؤسسة، وهي علاقة تأثير وتأثر متبادل بينهما.

أما المؤسسة التي لا تهدف إلى الربح، فالعلاقة تكون مختلفة وتنحصر مع الممولين وليس مع الذين يتلقون الخدمة، لذلك غالباً ما تتأثر بالتحالفات المختلفة لهذه القوى الخارجية، كما تخضع لطبيعة الصراع بين هذه القوى ذات العلاقة بتمويلها جزئياً أو كلياً. فإدارة الكلية مثلاً تخضع لتفاعل مؤثرات مختلفة من السلطة المحلية ومجلس الجامعة، كما تخضع لضغوط من أعضاء هيئة التدريس واتحاد الطلاب وغيرهم، حيث يحاول كلّ منها دفع إدارة الكلية في الاتجاه الذي يرغبه هو. لكن التأثير الأساسي في استراتيجيتها وسياساتها يكون للجهات التي تقوم بتمويلها بشكل أكبر.

لذلك نلاحظ أنه بينما تتأثر المؤسسات التي تهدف إلى الربح بالسوق في عملية اتخاذ القرار الاستراتيجي، نجد أن تأثير العملاء يكون محدوداً في هذه العملية بالنسبة للمؤسسات التي لا تهدف إلى بالربح، ويكون العامل المؤثر هو الجهة المموّلة، وهذا يعني أن نمط التأثير في عملية اتخاذ القرار الاستراتيجي في المؤسسة ينبع من مصدر الدخل.

1 ـ القيود على الإدارة الاستراتيجية

هناك عدة سمات تقيد سلوك المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح، وتؤثر في إداراتها الاستراتيجية، منها:

1 ـ أن الخدمة غالباً ما تكون غير ملموسة ويصعب قياسها؛

2 ـ ضعف تأثير العملاء؛

3 ـ تغليب القيم المهنية للعاملين على التزاماتهم تجاه المؤسسة؛

4 ـ تدخُّل المساهمين والمموِّلين والحكومة في الإدارة الداخلية للمؤسسة؛

5 ـ تؤدي العوامل الثلاثة الأولى إلى تقييد عملية الثواب والعقاب في المؤسسة.

وبالرغم من أن هذه القيود يمكن أن تتواجد أيضاً في المؤسسات التي تهدف للربح، إلا أنها تكون أكثر تأثيراً بالنسبة للمؤسسات التي لا تهدف الربح.

2 ـ انعكاسات هذه القيود على صياغة الاستراتيجية

تتأثر عملية اتخاذ القرار والتخطيط الاستراتيجي الطويل الأمد بهذه القيود التي سبق الإشارة إليها، حيث تضيف تعقيدات معينة بالنسبة لعملية صياغة أو تشكيل استراتيجية المؤسسة، يمكن تلخيصها على الشكل التالي:

ـ **تفضيل تشكيلة من الأهداف والغايات المختلفة**، نتيجة اختلاف اهتمامات المموِّلين أو القوى المؤثرة على المؤسسة، مما يمنع الإدارة العليا من التحديد الواضح لرسالة المؤسسة والاقتصار على العموميات.

الميل للتركيز على الموارد وليس على النتائج، نتيجة صعوبة قياس هذه الخدمات كمياً، وصعوبة الوصول إلى نتيجة نهائية bottom line، حيث يتم الاهتمام أكثر بالمدخلات التي يمكن قياسها، وتحدث عملية إزاحة للأهداف goal displacement.
عدم وضوح أهداف التشغيل، يتيح الفرصة لانزياح الأهداف والسياسات الداخلية، وانحراف المديرين والمناورات والسياسيات والمصالح الشخصية. وترتبط هذه المشكلة بمشكلة أخرى هي اختيار مجلس إدارة دون اعتبار لمسألة الخبرة الإدارية، بحيث يتجاهل أعضاء مجلس الإدارة مهمتهم في تحديد سياسات واستراتيجيات المؤسسة، ويتركون هذه المهمة على عاتق المدير التنفيذي المستخدم the paid executive director.

ـ **في المؤسسات التي يلعب فيها المهنيون دوراً مهماً** (كما في الكليات الجامعية والمستشفيات)، يمكن أن تعيق القيم المهنية والتقاليد من تغيير أنماط سلوك المؤسسة لكي تكون ملائمة لرسالتها المتجددة طبقاً للاحتياجات الاجتماعية المتغيرة.

3 ـ انعكاسات القيود على تنفيذ الإستراتيجية

تؤثر القيود الخمسة التي سبق الإشارة إليها في الصفحة السابقة في كيفية تنظيم المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح، حيث يمكن ملاحظة التعقيدات الثلاثة التالية:

اللامركزية: حيث تتعقد عملية التفويض نتيجة صعوبة وضع أهداف محددة لخدمة غير ملموسة ورسالة يصعب قياسها، وبالتالي تحتكر الإدارة العليا كل المسؤوليات والسلطات، وتقف الإدارة الوسطى مكتوفة الأيدي بانتظار القرار الذي يخضع لتأثير المؤسسين أو المموٍّلين أو الجهات الخارجية المؤثرة في المؤسسة.

الحاجة لأشخاص قادرين على تقليل الاحتكاك والصراع بين المجموعات الداخلية والخارجية، والتوفيق بين الاتجاهات الداخلية في المؤسسات واتجاهات الجهات الخارجية صاحبة التأثير، خاصة عندما تتعدد هذه الجهات الخارجية وتختلف في وجهات نظرها حول المؤسسة (مثلاً ماذا يعني التعليم الجيد).

النزعة المهنية Professionalism: التي قد تقيد عملية توسيع نطاق الوظيفة وتطور المديرين، وفي مثل هذه المؤسسات قد يعتبر المتخصص أن الوظيفة الإدارية هي بمثابة عقوبة له.

4 ـ أثر هذه القيود على التقويم والرقابة

تؤثر هذه القيود على الكيفية التي يتم بها تحفيز السلوك وضبط الأداء. وهنا يلاحظ نشوء مشكلتين تؤثّران غالباً على عملية التحفيز والرقابة على الآداء:

- انعدام أو ضعف العلاقة بين الأداء والثواب والعقاب
- تركيز الرقابة والسيطرة على المدخلات دون المخرجات

5 ـ الاستجابات النمطية للقيود

تميل المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح للاستجابة والتعامل مع هذه القيود بطرق متعددة:

1 ـ اختيار قائد ديناميكي قوي في الإدارة العليا.
2 ـ يمكن للمؤسسة الارتباط بهدف يمكن تحقيقه بنجاح، من خلال بث صورة إيجابية للمؤسسة تحيط بها هالة من القدسية لرسالتها السياسية أو الدينية أو الاقتصادية يؤمن بها العاملون وإن كان بها قدر من الغموض أو عدم الوضوح.
3 ـ إرساء القواعد والاجراءات بخصوص الأنشطة المتعلقة بالعملاء.
4 ـ اختيار مجلس إدارة قوي.

5 ـ إعداد الميزانيات المعتمدة على الأداء وتأسيس نظم للمعلومات تربط بين الأهداف القابلة للقياس وبنود الموازنات.

6 ـ الاستراتيجيات الملائمة

باعتبار أن رسالة هذه المؤسسات موجَّهة أساساً لإشباع حاجات شريحة من جماهير الشعب، فإن هدفها يتجه إلى الوفاء بهذه الحاجات قدر الإمكان.

وتنشأ المشكلة أو الضغوط عندما تكون إيرادات المؤسسة أو دخلها المتحقِّق أقل من تكاليفها ونفقاتها، حيث يتعيَّن عليها الاستمرار دون أن تخفض حجم نشاطها أو الخدمات التي تقدمها، وخاصة عندما لا تجد مصادر أخرى للدخل، أو مموِّلين جدد.

ومن هنا يتعيَّن على هذه المؤسسات أن تتبنى استراتيجيات ملائمة لمواجهة هذه المشكلات. ومن أكثر هذه الاستراتيجات شيوعاً:

ـ إدخال أنشطة جديدة تحقِّق دخلاً كافياً لمواجهة الثغرة بين إيرادات المؤسسة ونفقاتها (استراتيجية اللُّمْلَمَة) Piggy backing strategy، على أن يكون هذا النشاط مرتبطاً برسالتها، وأن يكون الغرض منه دعم برامجها الأساسية في تقدم الخدمة.

ويمكن لأي مؤسسة أخرى أن تضيف أنشطة أخرى متنوِّعة تشكل مصدراً للدخل بالنسبة لها.

ويرى أدوارد سكون ـ رئيس مؤسسة نيويورك الاستشارية ـ أنه لا بد من توفر العناصر التالية قبل البدء في النشاط الذي يستهدف تحقيق أرباح أو عائدات:

أ ـ أن يكون هناك ما يمكن بيعه something to sell.

ب ـ المقدرة الإدارية.

ج ـ دعم مجلس الإدارة، وعدم مقاومته في الانغماس في الأنشطة التجارية.

د ـ انتشار قيم المبادرة الاقتصادية للمواقف التوفيقية enterpreneurial attitudes.

هـ ـ رأس المال المستعد للمساهمة والمشاركة في نشاط رأس المال الاستثماري venture capital.

و ـ تنمية التعاون والصلات بين المؤسسات - Inter - organizational Linking لتعزيز مقدرة المؤسسة في خدمة عملائها أو اكتساب موارد جديدة من خلال تنمية التعاون مع المؤسسات الأخرى.

ومن الأمثلة على ذلك، ما يمكن أن ينشأ من تعاون بين المستشفيات لتحسين خدماتها وتعزيز الطلبه عليها بشكل أفضل مما لو قامت كل واحدة بنشاطها على حدة.

ويمكن أن يمتد تعاون المستشفيات إلى مؤسسات أخرى لا تمارس نفس النشاط، فتنمي علاقاتها مثلا بالمدارس والهيئات الحكومية والمؤسسات الأخرى. لكن ينبغي الحذر عند اختيار استراتيجيةٍ معينة للمؤسسات التي لا تهدف للربح، بحيث لا تنساق وراء الحكم على الأداء في هذه المؤسسات بناء على اعتبارات الربح وحدها، أو طبقاً للأسس الاقتصادية المبسطة البحتة، بل الاهتمام بتحديد رسالتها بدقة وتحديد مصادر تمويلها والقوى التي تؤثر فيها.

بعض طرق التخطيط

تحليل مواطن القوة والضعف والفرص والتهديدات SWOT

التحليل بطريقة مواطن القوة والضعف والفرص والتهديدات SWOT فعال جداً للتعرف على مواطن قوة وضعف المؤسسة موضوع الدراسة، وكذلك معرفة الفرص المتاحة والتهديدات التي تواجهها، بحيث تعمل الإدارة على تجميع المعلومات المختلفة الحالية والمستقبلية عن البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة، وذلك لتحديد الوضع الحالي والمستقبلي لهذه المؤسسة، والتخطيط للوصول إلى ما ترغب أن تكون عليه. ويجب تحليل البيئة الداخلية بما تحمله من قوة وضعف، والبيئة الخارجية بما تحمله من فرص وتهديدات. وبناء على ذلك يجب أن تسعى الأدارة إلى تحديد كل من:

- مواطن القوة Strenghts
- مواطن الضعف Weaknesses
- الفرص Opportunities
- التهديدات Threats

وهذا التحليل يتضمن الإجابة الواضحة والصريحة عن كل نقطة من النقاط السابقة.

مواطن القوة

وهي تعبِّر عن نواحي القوة في القدرات الداخلية الإيجابية في المؤسسة، وتتلخص بتحليل ما يلي:

- ما هي ميزاتك؟
- لماذا تعمل بشكل جيد؟
- ماذا تملك من موارد ملائمة؟
- ماذا يرى الآخرون فيك من نقاط قوة؟

التحليل يجب أن يكون من وجهة نظر المحلّل ومن وجهة نظر من لهم علاقة بالمؤسسة. وإذا كنت تحلل شركتك فلا تكن متواضعاً، وكن واقعياً، وإذا لم تتمكن من ذلك فاكتب قائمة بميزاتك التي يمكن أن تكون نقاط قوة لك.

مواطن الضعف

وتعني عدم توافر قدرات داخلية معينة وتوافر مواقف قد تكون مؤذية (أو ذات تأثير) وتؤدي إلى فشل المؤسسة في تحقيق أهدافها.

وتتلخص بتحليل ما يلي:

- ما الذي يمكن أن تحسّنه؟
- ما هو الشيء الذي يعمل بشكل سيىء؟
- ما الذي عليك تجنبه؟

يجب أن تأخذ هذه النقاط من العاملين الداخليين ومن الناس الآخرين، لأن الناس يدركون العيوب التي لا تراها أنت. وانظر هل يؤدي منافسوك عملاً أفضل منك بعض الشيء.

الفرص

يُقصد بالفرص البيئية العوامل الخارجية والمواقف التي يمكن أن تساهم في مساعدة المؤسسة في جهودها نحو تحقيق أهدافها. ولتجنب الفرص الكاذبة يجب أن نسأل أنفسنا أربعة أسئلة هامة، هي:

- هل تحافظ الفرص على فلسفة وأهداف المؤسسة؟
- هل الفرص متاحة للقوى التنافسية؟
- هل تتطلب الفرصة الدخول في مجال جديد؟
- هل يمكن استغلال الفرصة وفق الظروف الحالية للمؤسسة؟

والإجابة عن هذه الأسئلة يمكن أن تحمي المؤسسة من الدخول في مسار خاطىء.

ولتحليل الفرص، يجب دراسة ما يلي:

- أين تواجهك الفرص المؤاتية؛
- ما هي الاتجاهات المهمة التي تدركها (الميول التي تستحوذ على الاهتمام)؟

وفائدة الفرص يمكن أن تأتي من أشياء، مثل:

- التغيرات في التكنولوجيا والسوق بكل المقاييس.
- التغيرات في سياسة الحكومة المتعلقة بمجال العمل.
- التغيرات في الأنماط الاجتماعية، أنواع السكان، تغير أسلوب الحياة، تغيير العادات والأحداث المحلية.

التهديدات

هي عوامل خارجية قد تنشأ وتؤدي إلى فشل التنظيم في تحقيق أهدافه. والتهديدات قد تكون من المنافسين أو الحكومة أو الاتجاهات أو المجتمع أو الأطراف الداخلية والخارجية المرتبطة والمتعاملة مع المؤسسة وقد يكون التهديد تقنياً.

ولتحليل التهديدات يجب دراسة ما يلي:

- ما هي العوائق التي تواجهك؟
- ماذا يعمل منافسوك؟
- هل تتغير المتطلبات النوعية لمنتجاتك؟
- هل التغير التكنولوجي يهدد وضعك؟
- هل لديك دين يتعذّر عليك تحصيله، أو مشكلة بالسيولة المالية؟
- هل ضعفك يهدد عملك بشكل خطير؟

ويلاحظ بالنسبة للفرص والتهديدات ومواطن القوة والضعف أن هناك حقائق أولية يجب تأكيدها:

قد تكون الخطوات واحدة في تحديد الفرص والتهديدات، لكن العوامل والمعايير المستخدمة في الحكم عليهما قد تكون مختلفة.

قد يتم اكتشاف مواطن القوة من خلال بيانات متاحة في المؤسسة ويصعب ذلك بالنسبة لنواحي الضعف.

إن تفسير البيانات بواسطة المديرين يتأثر بمواقع ومراكز ووظائف هؤلاء المديرين وسلطاتهم ومسؤولياتهم ونمط شخصياتهم وإدراكهم لأدوارهم في المؤسسات.

إن العوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والتكنولوجية والديموغرافية والأسواق والمنتجات والمنافسة، هي عوامل قد تمثل فرصاً أو تهديدات وعلى المؤسسة دراستها وتحليلها. فعلى سبيل المثال إن طلب عامة الناس للهواء النظيف والمياه النظيفة والبيئة الخالية من التلوث، إنما يمثل تهديداً أمام شركات الأعمال، ولكنه في نفس الوقت يحمل فرصاً لمنظمات أخرى.

مصفوفة التهديدات والفرص ومواطن الضعف والقوة (SWOT Matrix):

هذه المصفوفة هي إطار مفهومي للتحليل المنظم يسهّل إقامة علاقة بين الفرص والتهديدات ومواطن القوة والضعف في المؤسسة، وهي تأخذ الشكل التالي:

قائمة بمواطن الضعف الداخلي	قائمة بمواطن القوة الداخلية	العوامل الداخلية العوامل الخارجية
- - -	- - - - -	قائمة بالفرص الخارجية - - - -
- - -	- - - -	قائمة بالتهديدات الخارجية - - -

مصفوفة التهديدات والفرص ومواطن الضعف والقوة (SWOT)

يتضح من المصفوفة السابقة أن هناك أربعة بدائل، هي:

وجود تهديد خارجي وضعف داخلي بالمؤسسة (tw)، وهذا الموقف تعمل المؤسسة على تجنبه.

وجود ضعف داخلي وفرص خارجية (wo)، وتتمثّل الاستراتيجية هنا بتقليل الضعف وتعظيم الفرص.

وجود تهديدات خارجية وقوة داخلية (st)، وتعتمد الاستراتيجية هنا على قوة المنظمة ويمكن أن تتعامل مع التهديدات القائمة في البيئة. والهدف هنا هو تعظيم القوة وتقليل التهديد.

وجود قوة داخلية وفرص مؤاتية (so)، وهنا يمكن للشركة استخدام القوة التي لديها لاقتناص الفرص أو الميزة في الأسواق لسلعها أو خدماتها.

من هنا نرى أن SWOT هو إطار لتحليل قوتك، يبين لك ما ينبغي عليك فعله. وهو يساعدك على إرساء وضع قوي بين منافسيك، بحيث يمكنك أن تطبق هذا التحليل على منافسيك، فتعرف كيف تخترقهم وتتفوق عليهم.

الأساليب الفنية في اتخاذ القرارات الجماعية

تتعدد الأساليب الفنية في اتخاذ القرارات الجماعية، من أهم الطرق وأكثرها قوة وشيوعاً في الاستخدام:

1ـ استثارة الأفكار Brainstorming. وهي طريقة الهجوم الخاطف والسريع على مشكلة معينة، ويقوم المشتركون بإطلاق العديد من الأفكار بسرعة حتى تأتي الفكرة التي تصيب الهدف وتحل المشكلة. ويستغرق هذا الأسلوب فترة قصيرة نسبياً. وكما هو واضح في هذا التعريف فإن هذا الأسلوب يعتمد على مفاجأة المشتركين في حل المشكلة وإثارة ذهنهم، وتوفير حلول عديدة بديلة، ومناقشة سريعة لهذه البدائل حتى يمكن الوصول إلى أفضل الحلول.

2ـ أسلوب دلفي Delphi أو الاجتماع عن بعد. يعود اسم هذه الطريقة إلى معبد دلفي اليوناني الذي كان يؤمه الناس استجلاباً للمعلومات عن المستقبل. وتعتمد هذه الطريقة على تحديد البدائل ومناقشتها بالخطوات التالية:

1 ـ تحديد المشكلة، وهنا يلاحظ أن المشكلة معروفة بشكلٍ مسبق.

2 ـ تحديد أعضاء الاجتماع من الخبراء وذوي الرأي، وكلما كان هناك تنوع في الخبرات كان ذلك أفضل.

3 ـ تصميم قائمة أسئلة تحتوي على تساؤلات عن بدائل الحل وسلوك المشكلة وتأثير بدائل الحل عليها، يلي ذلك إرسال القائمة إلى الخبراء كل على حدة، طلباً لرأيهم.

4 ـ تحليل الإجابات واختصارها وتجميعها في مجموعاتٍ متشابهة، وكتابة ذلك في شكل تقرير مختصر.

5 ـ إرسال التقرير المختصر للخبراء مرةً ثانية وطلب رد فعلهم بالنسبة لتوقعاتهم عن الحلول والمشكلة.

6 ـ تعاد الخطوة الرابعة مرة أخرى، وأيضاً الخطوة الخامسة.

7 ـ يتم تجميع الآراء النهائية ووضعها في شكل تقريرٍ نهائي عن أسلوب حل المشكلة بالتفصيل.

ويلاحظ أن طريقة دلفي تحتاج إلى وقتٍ طويل انتظاراً لردود الخبراء وكتابة التقارير، وعلى هذا تناسب هذه الطريقة المشاكل المعقدة التي تتحمل الانتظار مثل التخطيط الاستراتيجي طويل الأجل، والتنبؤ الطويل الأمد بالتغيرات في بيئة العمل الخارجية.

أسلوب الجماعة الصورية Nominal Group Process

وتسمى كذلك لأن تكوينها اسمي فقط أو على الورق، حيث لا يوجد نقاش فعلي وشفهي بين أفراد الجماعة، بل يتم على الورق. وهذا الأسلوب هو خليط ما بين أسلوب استثارة الأفكار (الذهني) دلفي.

أسلوب الجماعة الصورية ـ دلبك Delbecq-Nominal Group Process

تعريف

أسلوب من الأساليب الفنية الإدارية في اتخاذ القرارات الجماعية، وهو طريقة لتنظيم اجتماع في منظمة أو مؤسسة بين مجموعة من الخبراء أو الأعضاء. هدفه أن يشمل ويوازن مجموعة الآراء والأفكار التي يمكن أن تستعمل في عمليات مختلفة لمراحل مختلفة في حل مشكلة أو لتحسين معدل إنتاج المؤسسة، وتخفيض الأخطاء في القرارات الفردية.

الأهداف

- توليد الأفكار
- تخطيط البرامج
- حل مشكلة في العمل
- القرارات الجماعية تحسّن القرارات وتقلل الأخطاء بسبب المشاركة والموازنة
- فرصة جيدة للمشاركة وإزالة الفوارق الاجتماعية والنفسية للإبداع

العملية

الوقت : 2-3 ساعات للعملية المتتابعة الكاملة.

عدد الأعضاء: 6-12 فرداً، وهناك مجموعات أكبر تستطيع العمل في مجموعات فرعية على نفس الموضوع أو على حالة منه، والنتائج يمكن أن تكون مشتركة فيما بعد.

الفصل الثالث عشر

ارتجاع المعلومات والرصد والتقييم

Feedback, Monitoring, and Evaluation

مقدمة وتعريف

التقييم هو سبيل منهجي للتعلم من الخبرة واستخدام الدروس المتعلمة من أجل تحسين النشاطات الحالية وتخطيط أفضل للبدائل التي ستستخدم لاحقاً. وفي حالة البرامج الصحية فإن غرض التقييم هو تحسين البرامج الصحية وتقديم خدمات الرعاية الصحية وإرشاد تخصيص الموارد في البرامج الحالية والمستقبلية. لذلك يجب أن يكون عملية مستمرة لها علاقة وثيقة بصنع القرار في مرحلتي صياغة السياسة والتشغيل.

يطرح التقييم خمسة أسئلة أساسية هي:

- ما الذي كان يراد له أن يحدث (الأغراض)؟
- ما الذي أنجز بالفعل ليقارن مع الأغراض؟
- في ضوء مثل هذه المقارنة ما هي القيمة التي يجب أن تترتب على الطرق المستخدمة (العملية)؟
- ما مدى الانتفاع الذي يمكن أن يتم للمعلومات التي تم الحصول عليها من الأسئلة 1 و2 و3 (ارتجاع المعلومات)؟
- ما الذي تعلمناه من كل هذا العمل حول إدارة النشاطات المستقبلية؟

أذن فالتقييم هو عملية تعلم.

في عملية التقييم تستخدم المؤشرات indicators، وهي متغيرات تساعد على قياس

التبدلات. وتستخدم أيضاً المعايير criteria، وهي أشياء معيارية تقاس بها الأفعال. وحيث لا يكون هناك مؤشرات ومعايير مناسبة، فإنه يجب طرح أسئلة وثيقة الصلة بالنشاط الذي يجري تقييمه.

لماذا نحتاج لارتجاع المعلومات؟

نحتاج لارتجاع المعلومات لاكتشاف ماذا يجري وتجنب الصعوبات والمشكلات، وللحصول على معلومات من أجل صنع القرار. وارتجاع المعلومات أو التقييم سبيل لمعرفة فيما إذا كنا على الطريق الصحيح وما إذا كانت البرامج والنشاطات تلبي الاحتياجات التي وضعت من أجلها.

وهناك ثلاثة أنواع أخرى من تقييم الرعاية الصحية تجرى بشكل متكرر ومن المفيد أن يعرفها أعضاء الفريق الصحي حتى ولو لم تكن ضمن مجال عملهم المباشر، وهي:

- تقييم الوضع قبل البدء بالمشروع: ويتم ذلك عن طريق قياس الخدمات الصحية الموجودة، واستخدامها، والحالة الصحية للمجتمع، ويسمى أحياناً: تقييم الحاجات needs assessment أو التقييم التشكيلي formative evaluation.
- تقييم خطط المشروع: ويسمى أحياناً تقييم المشروع project appraisal أو التقييم قبل التنفيذ pre-implementation appraisal. ويتم تقييم المشروع من حيث تلبيته للحاجات ومناسبته للبلد وللناس الذين سيقدم لهم.
- التقييم أثناء التنفيذ وفي مراحل محددة أو بعد نهاية تنفيذ البرنامج: ويسمى أحياناً التقييم الإجمالي summative evaluation. وهو يهدف لتقييم تحقيق البرنامج للأغراض طويلة الأمد، ويرتكز على بيانات عن النتائج مثل معدلات المراضة والوفيات التي تتغير فقط بعد فترات طويلة من الزمن.

ما هو الرصد؟

الرصد هو شكل مختلف من التقييم. فبينما يحدث التقييم في مراحل متفق عليها فإن الرصد يتم يومياً وعلى أساس مستمر. التقييم يسأل هل وصلنا إلى الغرض الذي حددناه بينما الرصد يسأل عن جودة التقدم على طريق تحقيق هذا الغرض؟

الرصد هو جمع المعلومات لمعرفة ما إذا كان يتم المحافظة على السياق المتفق عليه مسبقاً، وإذا كانت الموارد تصرف بشكل جيد والهيئة تعمل بشكل فعال.

وتساعد المبادئ التالية للرصد الفعال في أن تكون العملية بنيوية structured ومعياريَّة standardized بشكل أكبر:

- حدِّد ماذا سترصد، وفي أي فترة.

- حدِّد كيف سترصد.
- قم بإعداد قائمة التحقق checklist.
- نَفِّذ الرصد وفقاً للتخطيط.
- صرِّح بالمشكلة التي تم التعرّف إليها.
- صف كل مشكلة.
- عرِّف الأسباب المحتملة لكل مشكلة.
- عرِّف ونفِّذ الحلول.
- نفِّذ الرصد للحلول.
- قدم للارتجاع المعومات للعامل الصحي.

مستويات التقييم

يحتاج التقييم إلى تشخيص المجتمع ومعرفة مشكلاته وموارده، وعلى خطط العمل التي تحدد مرامي والأهداف والاستراتيجيات.

وللتقييم ستة مستويات هي:

- النشاط activity: هل يتم تنفيذ النشاط الذي تم التخطيط له؟
- الجودة quality: هل يحقق النشاط معايير الجودة؟
- المردود efficiency: هل يمكن لتكلفة وحدة المُخرَج أن تتحسن؟
- الفعالية effectiveness: هل ينتج المخرجات المرغوبة؟
- صحة النتيجة outcome validity: هل هذه المخرجات مفيدة؟
- المرغوبية الإجمالية overall desirability: هل نحن بحاجة للبرنامج؟

الفصل الرابع عشر

الجوانب القانونية للرعاية الصحية

Legal Aspects of Health Care

يتضمن هذا الفصل مقدمة ومن ثم شرحاً للقضايا القانونية المختلفة في مجال الرعاية الصحية.

مقدمة

لقد أصبحت ممارسة الرعاية الصحية هذه الأيام منظمة أكثر من أي وقت مضى. لذلك فمن الأهمية بمكان أن يكون لدى مقدمي الرعاية الصحية معرفة أساسية عن القانون law وتطبيقاته لضمان سلامتهم القانونية الخاصة own legal safety وسلامة منظماتهم التي يعملون بها، وللتحكم بمحيط ممارستهم، والقيام بدور فاعل في رسم التطورات القانونية المستقبلية من خلال العملية السياسية.

القضايا المدنية والجنائية Civil versus Criminal Suits

القضايا المدنية هي تلك التي تكتنف الأفراد أو المجموعات أو الأطراف الأخرى التي تعمل بصفة غير عمومية. يطالب المدّعي plaintiff بشكل عام بالحصول على تعويض عن الإصابات التي عانى منها بسبب الأفعال الخاطئة للمتهم أو المدَّعى عليه defendant. يقال عن المدعى عليه الذي يخسر قضية مدنية أنه ملزم قانونياً بالأضرار liable for damages، أما تعبير مذنب guilty فهو غير مطبق تقنياً على القضايا المدنية.

أما القضايا الجنائية فهي التي ترفع من أجل معاقبة الآثم بغرامة أو بالسجن أو بكليهما، والغرض الرئيسي من معاقبة المجرمين المدانين هو الردع، والمتَّهم الذي يخسر قضية جنائية يقال عنه إنه مذنب.

قانون المهلة القانونية Statute of Limitations

هو عبارة عن قواعد خاصة بالمرافعات تحدد مدة قصوى من الوقت يمكن أن تبدأ خلالها الشكوى القانونية. بعد أن تنتهي المدة القانونية لا يمكن بدء الشكوى بغض النظر عن أهمية الحالة. يهدف هذا القانون إلى دفع الأطراف لرفع قضاياهم إلى المحكمة فيما الدليل لا يزال حديثاً بحيث يمكن تحديد الوقائع بشكل دقيق. كما يعطي موعداً حدّياً يمكن أن تكون الأطراف بعده واثقة من عدم رفع قضية ضدها.

مقياس الأضرار Measure of Damages

إن تحديد مقياس مناسب للأضرار هو مسألة هامة وأحياناً صعبة مثل تحديد ما إذا كان المتهم ملزماً قانونياً. ويمكن استخدام عدد من المقاييس المختلفة إما معاً أو بشكل منفصل:

- أضرار التعويض: يعوَّض على المدعي مالياً من أجل الأذى الذي لحق به بسبب المدعى عليه. وتعتبر الخسائر الاقتصادية الملموسة مثل تكاليف الرعاية العلاجية والخسارة في الأجر والخسارة المستقبلية في الكسب نتيجة الإعاقة الجسمية العناصر الرئيسية لأضرار التعويض.
- هناك أيضاً الأضرار الناجمة عن الألم والمعاناة حيث تتم محاولة إعطاء تعويض مالي للخسائر الحقيقية والقابلة للتمييز والتي لا يمكن قياسها بسهولة بوحدات مالية.

قانون الأذى المقصود Tort Law

الأذيّات المقصودة هي أخطاء مدنية، أي أنها إصابات تقع على جسد الشخص أو سمعته أو ممتلكاته، وقد تكون عن عمد deliberate أو عن إهمال negligent.

الأذيّات المقصودة بالإهمال: معظم القضايا التي تتعلق بفشل الرعاية الطبية تتهم مقدِّمي الرعاية الصحية بالإهمال.

الأذيّات المقصودة بالعمد: لإثبات النية ليس من الضروري إظهار أن المتهم أراد بشكل خاص إيذاء المدعي لكن فقط أنجز الفعل الخاطئ عن عمد.

القانون التعاقدي Contract Law

العقد هو اتفاق بين طرفين أو أكثر يقوم كل منهم بموجبه بأداء أشياء معينة للآخرين. والقانون يعترف بالعقود ويعتبرها ملزمة ويعاقب على خرقها عندما تبرم بشكل صحيح.

وهناك عنصران أساسيان من أجل إبرام العقد هما: العرض من أحد الأطراف والقبول من قبل الطرف الآخر، وعنصر الربط الذي يقدمه كل طرف للآخر.

الموافقة المستنيرة (المستندة على علمٍ ودراية) Informed Consent

لابد للإجراءات التشخيصية والطبية والجراحية أن تتم بموجب الموافقة الإرادية والخطية من قبل المريض أو الممثل القانوني له. فللإنسان الحق في تحديد ما سيتم من إجراءات على جسمه.

وهناك أسلوبان لمعرفة التزام مقدمي الرعاية الصحية بالإشعار بالموافقة وهما:

- الأسلوب المعتمد على الطبيب physician-based approach: ويتطلب أن يكشف الطبيب للمرضى كل ما هو متعارف عليه أن يكشف في أوضاع مشابهة. والقانون من أجل ذلك يتبنى بشكل أساسي المعايير المهنية الخاصة، وهكذا يطلب من المريض كمدعٍ في المحكمة أن يقدم شهادة خبرة تتعلق بما يكشف الأطباء عنه للمرضى بشكل مألوف.
- الأسلوب المعتمد على المريض patient-based approach: ويتطلب أن يكشف الطبيب بحذر معقول كل ما يعتبره المريض مادة لاتخاذ القرار حول قبول المعالجة المقترحة. إن عامل المادة هذا سيؤثر بشكل واضح على قرار المريض سواء كان لوحده أو بالاشتراك مع عوامل أخرى. ولأنه ليس هناك حاجة لشهادة الخبرة فمن الأسهل للمريض أن يقاضي بناء على هذا الأساس.

حقوق المريض Patient's Rights

رفض المعالجة: المريض المؤهل لإعطاء الموافقة هو أيضاً مخول قانونياً بأن يوقفها لأي سبب يعتبره كافياً، وهذا الرفض متاح حتى ولو أدى إلى أذى خطير أو إلى الموت. عندما يرفض المريض المعالجة على مقدم الخدمة أن يوثق كل المعلومات التي أعطيت للمريض فيما يتعلق بعواقب الرفض، وعندما تكون أهلية المريض لاتخاذ قرار المعالجة محل تساؤل يلجأ مقدم الخدمة إلى مبادئ الموافقة العاجلة emergency consent بواسطة أحد أفراد العائلة.

مرضى الحالة الإنباتية والعلة الانتهائية Terminally Ill and Vegetative-State Patients: هناك من يدافع عن حق المريض الذي يكون بحالة علة انتهائية أو بحالة إنباتية مستمرة بأن يرفض الرعاية الداعمة للحياة التي ستطيل فقط عملية الموت أو الوجود عديم المعنى.

البديل في إصدار الحكم Substituted Judgment Analysis: يتخذ قرار إنهاء

المعالجة بشكل شائع في حال المرضى غير المؤهلين في محاولة تأكيد ما سيختاره المرضى لأنفسهم لو كانوا قادرين على ذلك، ويعمل هذا الأسلوب بشكل أفضل عندما يعبر المريض عن أمنيته بذلك قبل أن يصبح غير مؤهل.

إتاحة الرعاية Access to Care

واجب تقديم الرعاية: يكافح القانون ليوازن بين حق المقدم provider بأن يختار من سيقدم الخدمة، والاحتياج الملح للمجتمع لتوافر خدمات الرعاية الصحية ذات الجودة بسهولة

الفصل الخامس عشر

نظام المعلومات

Information System

يتضمن هذا الفصل مقدمة وتعريفاً لنظام المعلومات ومكوناته وطريقة لتصميم نظام معلومات، ومن ثم شرحاً لخصائص نظام المعلومات.

مقدمة

اهتم الإنسان منذ القدم بتدوين ما يتعلق بالرعاية الصحية، فقد نقش الفراعنة على قبور موتاهم رسومات وحروف استدل منها العلماء على أنها تؤرخ لحياة المتوفى، وكذلك تشير إلى بعض ما اعتراه من حالات مرضية قبل وفاته. وقد تم استخدام أوراق البردي وغيرها من قبل الأطباء اليونانيين أمثال أبقراط وجالينوس لتدوين ملاحظاتهم بشأن رعاية مرضاهم.

وفي عصرنا هذا تعتبر المعلومات والاتصال من العناصر الحيوية في أي منظمة، ولا يتم التخطيط وصنع القرار ولا أي وظيفة أخرى من وظائف العملية الإدارية من دونهما. ويوجد في كل منظمة مراكز للقرار تنتقل بينها المعلومات، ويعتبر تصميم شبكة اتصال فعالة وذات مردود جيد متطلباً جوهرياً لصنع القرار الإداري، وغاية هذه الشبكة تسهيل جريان المعلومات بين مراكز القرار المختلفة في المنظمة.

تعريف

نظام المعلومات هو النظام الذي تحقق أجزاؤه المترابطة أغراض تسجيل البيانات (المعطيات) وحفظها واسترجاعها، وتوافر المعلومات المناسبة للشخص المناسب في الوقت والمكان المناسبين من أجل صنع قرارات مناسبة.

الفرق بين البيانات والمعلومات: تشكل البيانات مجموعة من الأرقام أو ما يسجل دون أي تبويب، وغالباً لا تكون ذات فائدة بدون هذا التبويب. أما المعلومات فهي بيانات يتم الربط فيما بينها بصورة ذات معنى ودلالة تزيد المعرفة.

مكونات نظام المعلومات

يتكون أي نظام معلومات من أربعة مكونات أساسية سواء كان نظاماً يدوياً بسيطاً يستخدم مجرد أقلام وأوراق، أم كان إلكترونياً متطوراً يستخدم شبكة معلوماتية. وهذه المكونات هي:

- الأجهزة
- العاملون: الذين يقومون بتصميم النظام واستخدامه ويهتمون لذلك بخفض تكاليف النظام وزيادة نجاعته
- الخطوات والأسلوب: وهي ما يفعله النظام وكيف يتم ذلك وما يتعلق بتقييم أدائه
- أسلوب الاتصال بين الأشخاص والمناطق باستخدام التقارير أو الشبكة المعلوماتية

تصميم نظام المعلومات

هناك سبع خطوات لتصميم نظام معلومات جيد، هي:

- تحديد المعلومات التي نحتاج إليها، أي البيانات المطلوبة فعلاً، لأن عملية جمع البيانات عملية مكلفة وتستهلك وقتاً طويلاً، وقد يصرف بعض موظفي المستشفيات ما يصل إلى 30% من وقتهم في ملء الاستمارات وكتابة التقارير، ولا يوجد أي معنى لجمع بيانات لا يستفاد منها.
- تحديد من يحتاج لهذه البيانات والمعلومات، سواء كانوا أفراداً أم إدارات.
- تحديد في أي صورة وفي أي معدل زمني ستقدم المعلومات وكيف سيجري تحليلها، فالبيانات الخام لا تكون مفيدة لصانعي القرار.
- تحديد كيفية حفظ المعلومات: من الضروري تصميم أسلوب لحفظ المعلومات، ويجب أن يكون هذا الأسلوب مكتوباً ومعمماً.
- تحديد كيفية إيصال المعلومات: قد يجري إيصال المعلومات بصورة شخصية أو بصورة مذكرة أو تقرير مكتوب. وبعد استعمال الحاسوب في هذا المجال ونجاحه في إيصال المعلومات بصورة مباشرة ووجود شبكات معلوماتية واسعة باتت التقارير المكتوبة أقل شأناً.
- تحديد طريقة تحديث المعلومات: إن التحديث المستمر مرتفع التكلفة ويستغرق الكثير من الوقت، لذلك فإن نظام المعلومات يجب أن يتضمن طريقة مناسبة لهذا الغرض.
- تحديد آلية الارتجاع للمعلومات feedback لمعرفة كيفية عمل النظام وهل يحتاج إلى تعديلات، مثلاً: هل يوفر هذا النظام الإحصاءات المطلوبة في حينها، وهل

نحن قادرون على استرجاع التقارير التي كتبناها منذ سنة مثلاً، وهل نحصل على بيانات ومعلومات أكثر من الحاجة؟

خصائص نظام المعلومات

يتصف نظام المعلومات بصفات معينة تمكننا من الحكم عليه وتقييم أدائه؛ وهذه الخصائص هي:

- درجة الاستجابة: بمعنى ما هي سرعة الحصول على المعلومات المطلوبة من النظام. ومن خلال تحديد هذه الخاصية يمكن أن نحسب الوقت الذي يمر بين وضع سؤال معين والحصول على إجابة عنه.
- درجة المرونة في تركيب المعلومات وجمعها.
- مدى شمولية المعلومات.
- هل المعلومات تامة ومضبوطة.
- مدى التحديث وكيف يتم.
- مصداقية المعلومات وإلى أي مدى يمكن أن تكون مماثلة لمعلومات يتم الحصول عليها من مصادر أخرى.
- ثبات المعلومات بنفس الفترات الزمنية والمناطق الجغرافية.
- درجة السريّة.
- التكلفة وهل يتم الحصول على أفضل المعلومات بأقل تكلفة ممكنة.

الفصل السادس عشر

التغيير وإصلاح القطاع الصحي

Change and Health Sector Reform

يتضمن هذا الفصل مقدمة وتعريفاً للتغيير وبعض مفاهيمه وتعريفاً للإصلاح وبعض مفاهيمه.

مقدمة

على الرغم من الاختلافات الكبيرة في الدخل والبنية الاجتماعية والحالة الصحية، فإن العديد من الدول في العالم تجري اليوم أو تنظر في برامج إصلاح القطاع الصحي. ومع أن العوامل التي تدعو هذه البلدان إلى الإصلاح مختلفة إلاّ أنها تتضمن: التغيرات الديموغرافية والوبائية السريعة والتي يشار إليها غالباً بالتحول الصحي health transition، والتبدل الاقتصادي السريع والأزمات المالية التي بدأ يعاني منها العديد من الدول النامية في ثمانينات القرن الماضي وما قابلها من نمو اقتصادي سريع في الدول الأخرى، والتحولات السياسية المفاجئة التي حدثت في بعض الدول مثل دول الاتحاد السوفييتي السابق والصين وفيتنام.

سنبدأ هنا بذكر التغيير ثم ندرس بشكل مختصر أحد أشكاله الهامة وهو إصلاح القطاع الصحي.

تعريف التغيير

عندما لا تتحقق النتائج أو المخرجات (الغايات) على النحو المطلوب، فإن شيئاً ما يجب أن يتغير، ويمكن للتغيير أن يتم على المدخلات أو على عملية التحويل (الوسائل) أو على المخرجات، وأي تغيير ينبغي له أن يُحدث تعديلاً في الوسائل أو في الغايات أو في كليهما.

أنماط التغيير

للتغيير ثلاثة أنماط حسب الشيء الذي سيتم تغييره، إن كان في الوسائل أم في الغايات. وهذه الأنماط هي:

- التغيير التقني technical change: ويتم التغيير هنا في الوسائل فقط
- التغيير الإحكامي adjustive change: ويتم التغيير هنا في الغايات فقط
- التغيير التلاؤمي adaptive change: ويتم التغيير هنا في الوسائل والغايات

مصادر التغيير

يأتي التغيير من ثلاثة مصادر هي:

- الإنشاء origination: ويتم عن طريق خلق بعض الحلول للتعامل مع المشكلة التي تواجه المنظمة.
- التلاؤم adaptation: ويتم عن طريق تطبيق حل تم تطويره في مكان آخر مع تعديله بالشكل الذي يتلاءم مع وضع المنظمة.
- الاقتباس borrowing: لقد تم تطوير الحل هنا بما يتلاءم مع أوضاع أخرى وأدخلت عليه بعض التعديلات البسيطة فقط.

بعد هذا التعرّف الموجز على بعض مفاهيم التغيير ننتقل إلى أحد أشكاله الهامة وهو إصلاح القطاع الصحي.

تعريف الإصلاح

تعني كلمة الإصلاح التغيير الإيجابي، والبناء على ما هو موجود أصلاً وتحسينه. والكلمة كما تستخدم بشكل شائع تشير إلى تغيير جوهري وليس فقط مجرد برنامج أو مشروع جديد، وهي بذلك تشير إلى التغيير بما يتم عمله وكيف يتم ذلك ومن الذي يقوم به. إنه التغيير المدعوم من أجل الاستمرارية والمتعلق بأغراض واستراتيجيات واضحة، مع رصد هذا التغيير وتعديل الاستراتيجيات عندما تدعو الضرورة لذلك. ومن المعروف أن الإصلاح لا يشمل الفعل فقط وإنما يشمل أيضاً المعلومات اللازمة لتقييم وتعديل هذا الفعل وكذلك وسائل استخدام هذه المعلومات.

وهناك دعوات متزايدة لإصلاح القطاع الصحي وخصوصاً في الدول النامية وذلك على أساس الموازنة بين ثلاثة أبعاد رئيسية هي التعامل مع الطلبات المتنافسة، والتوفيق بين الموارد والاحتياجات، وضمان حصول الجميع على الرعاية الصحية اللازمة.

الاصلاح الصحي

تمَّ تعريف النظام الصحي حسب تقرير منظمة الصحة العالمية للعام 2000 بأنه مجموع الأشخاص العاملين في القطاع الصحي والإجراءات التي يتخذونها بهدف تحسين مستوى الصحة أساساً".

وإذا كان هذا التعريف عاماً ينطبق على كافة الأنظمة الصحية، فإن هذه النظم قد تختلف كثيراً في ما بينها.

فبعض الدول اعتمدت على القطاع الحكومي أو الرسمي لتوفير الخدمات للسكان، بينما أخذت دول أخرى بمبدأ دعم القطاع الخاص ليوفر هذه الخدمات تحت إشراف القطاع الحكومي. كما أن بعض الدول أخذت بمشاركة القطاعين وتعاونهما في مجال توفير الرعاية الصحية.

كما أن مصادر تمويل النظام الصحي تختلف هي أيضاً بين دولة وأخرى، فبعض الأنظمة الصحية تموَّل من خلال الضرائب العامة، وأخرى من خلال التأمين الصحي، أو من خلال الضمان الاجتماعي أو من مصاريف الأسرة والفرد.

ما نود إبرازه هنا هو أن النظم الصحية يختلف بعضها عن البعض الآخر ـ حسب فلسفة الدولة وسياستها ـ كما أن النظم الصحية في بلد واحد قد تختلف مع مرور الزمن ـ إذ إن النظام الصحي هو مرآة للمجتمع يتغير بتغيُّر المجتمع ويتكيَّف مع أوضاعه وتقلباته.

تتأثر النظم الصحية في كل دولة من جراء الأوضاع الصحية والاجتماعية والحضارية والتربوية والسياسية والسكانية والاقتصادية. فالنظام الصحي يتفاعل مع كافة القطاعات في الدولة ويتغير حسب أوضاعها.

ما هو الإصلاح الصحي؟

يعتبر الإصلاح الصحي عملية مركزة متواصلة محددة تهدف إلى تطوير الأداء في القطاع الصحي ـ وهي بالأساس معنية بضرورة مواجهة النقص أو العيوب في النظم الصحية والخدمات. وتجدر الإشارة إلى أن عملية إصلاح النظام الصحي تبقى أولا وأساساً عملية سياسية، مقوماتها سياسية وأهم المشاكل التي تعترضها سياسية أيضاً.

تقوم الدول عادةً بعملية الإصلاح الصحي لتطوير الأداء أساساً أو إذا ظهر أن الخدمات الصحية تستفيد منها الفئات الميسورَة من السكان دون الفقراء والمعوزين، أو إذا كانت الموارد غير كافية لمواجهة التزايد في الطلب على الخدمات الصحية، مما يفرض التحرك على المسؤولين.

كما أن بعض الدول تقصد بعملية الإصلاح لتأمين ديمومة الخدمات الصحية أو لتحسين جودة ونوعية هذه الخدمات.

مرامي إصلاح القطاع الصحي Goals in Health Sector Reform

يجرى الإصلاح في القطاع الصحي لتحسين مردود الرعاية الصحية وتحقيق العدالة في تقديم خدماتها وزيادة فعاليتها.

تحسين الحالة الصحية للمجتمع

يستخدم هذا المرمى غالباً لتأييد تحليل الفعالية لقاء التكلفة cost-effectiveness analysis كطريقة تخصيص موارد رئيسية، وتستطيع الدول أن تحقق التحسينات القصوى في الحالة الصحية للمواطنين بواسطة تخصيص الموارد المحدودة لتقديم معالجات لتلك الأمراض التي لها الأثر الصحي الأعلى لكل وحدة مال تصرف عليها.

تحسين العدالة وإنقاص الفقر

يتضمن هذا المرمى أمرين رئيسيين لاستراتيجيات الإصلاح:

فهو أولاً يؤكد على من سيستفيد من المصروفات العمومية على الصحة، ويمكن أن نشير هنا إلى الطبقة الفقيرة (أو إلى مجموعات أخرى تعرّف بعبارات التباينات الاقتصادية والاجتماعية) وليس بالضرورة إلى أولئك الذين يعانون من أمراض تتوفّر لها المعالجات الأكثر كلفة.

وهذا الأسلوب يقيم أيضاً بشكل رئيسي التدخل الصحي كأداة لإنقاص الفقر. على سبيل المثال يمكن أن تؤدي البرامج الصحية إلى تحوّل هام في الدخل أو يمكن أن تنقص العوامل الأخرى المحدثة للفقر مثلما يحدث عندما يكون لأمراض معينة أثر على دخل الأسرة.

تحسين الرفاهية الفردية

الصحة شيء يقدّره الناس، ويعبرون عن هذا التقدير غالباً بأفعال فردية خاصة لطلب الرعاية الصحية أو شراء المعالجات. إن مرمى الحكومات لتحسين الرفاهية الفردية والذي يعرّف بعبارات اقتصادية مثل المنفعة utility يتضمن الحد من الأفعال العمومية لما يستطيع الأفراد أن يمارسوها بشكل أفضل.

سياسات إصلاح القطاع الصحي

تعتمد سياسات إصلاح القطاع الصحي على ثلاثة أساليب فلسفية رئيسية major philosophical approaches، هي:

منظور المنفعة غاية الفضيلة Utilitarian: وهو الأسلوب الأكثر استخداماً هذه الأيام، ويعتمد على تحديد الخيار الذي يحقق النتائج الأفضل بأقل التكاليف.

الأسلوب المجتمعي Communitarian: يعتمد هذا الأسلوب على المجتمع في تبرير إعادة توزيع الموارد، وتعتبر الحركة العالمية باتجاه الرعاية الصحية الأولية مثالاً على تقـديم الموارد لقاطني أريــاف المجتمعات الفقيرة والعمل في المجتمعات in communities، ومن أجل المجتمعات for communities، ومع المجتمعات with communities. وينشد تحسين الصحة لدى فئة خاصة من المجتمع كجزء من الرؤية المعتمدة على المجتمع community-based vision في تحقيق المصلحة العامة.

المنظور الحر Libertarian: يؤكد هذا الأسلوب على مبدأ الحرية الفردية الذي يخوّل الشخص استخدام مواهبهُ الطبيعية في عقد الصفقات وانتقاء الخيارات التي يستطيع، طالما أن هذا الفعل لا ينتهك حياة وحرية الآخرين.

مقوّمات الإصلاح الصحي

تشمل عملية الإصلاح الصحي بالدرجة الأولى سبل تمويل الخدمات الصحية، كما تشمل إعادة النظر بالنظم التنظيمية والإدارية وإعادة صياغة بعض التشريعات والقوانين المتعلقة بالنظام الصحي. يعود ذلك بالطبع إلى أن إدارة النظم الصحية وشمولية الخدمات تتأثر بشكل كبير بالموارد المتاحة وبصلابة الإجراءات التنظيمية وتوفّر الموارد البشرية ومطالب المستفيدين من الخدمات. ففي مجال الإصلاح التنظيمي، تتم دراسة هيكلية النظام وسبل التخفيف من مركزية القرار مع إعطاء صلاحيات أوسع للمؤسسات الصحية أو للمناطق. أما في مجال التمويل، فقد يعاد النظر في مجانية الخدمات الصحية، ودراسة إمكانية فرض بعض الرسوم عند استعمال هذه الخدمات، أو استحداث نظام للتأمين الصحي أو نظام تعاوني - والهدف الأساسي يبقى زيادة الموارد والتمويل وترشيد الإنفاق من خلال إدخال الرسوم والمشاركة في الدفع.

أما في مجال تحفيز الموارد البشرية، فقد يدرس المسؤولون عن الإصلاح الصحي إمكانية تقديم بعض الحوافز للأطباء ولأعضاء الفريق، أو اعتماد طرق مبتكرة لتعويض المؤسسات الصحية والأطباء مثل إدخال نظام الدفع المسبق أو التعويض على أساس التشخيص أو المرض.

كل هذه الدراسات تشتمل بالضرورة على سن تشريعات جديدة تتعلق بالتعاقد مع المؤسسات وأفراد الفريق الصحي، وتشجيع القطاع الخاص وضبط الأسعار والحد من الإفراط في الإجراءات التشخيصية المختبرية والأشعة. كما أن التأكيد على جودة الخدمات قد يتطلب سن القوانين لاعتماد المرافق الصحية من مستشفيات ومراكز صحية وعيادات.

لابدَّ للمسؤولين عن الإصلاح الصحي أن يحصلوا على إجابات واضحة عن التساؤلات التالية:

- ما هي التطلعات أو الأهداف التي يرمي إليها النظام الصحي؟ ما هي العيوب والنواقص التي يواجهها وما هي أسباب هذه العيوب؟ ما هي الوسائل الكفيلة بإزالة هذه النواقص وما هو تأثير هذه النواقص والحلول المطروحة على مقومات النظام؟
- ما هي المقاييس التي يتوجب اعتمادها لضبط الجودة وتأمين نوعية مقبولة للخدمات الصحية ـ وكيف تتم عملية تقييم تأثيراتها؟ من هم الفرقاء الذين سيتأثرون سلباً جراء اعتماد هذه المعايير وما شكل الاعتراض الذي قد يواجهه المسؤولون عن الإصلاح الصحي؟ ما هي التشريعات الواجب سنّها من قبل الدولة، وما هي سبل التخفيف من المعارضة؟
- ما هي نوعية التحسين في الخدمات الصحية المرجوة إذا ما تم إدخال إصلاحات تنظيمية؟ وهل لدى المسؤولين عن النظام الصحي الموارد الكفيلة بتطبيق هذه الإجراءات التنظيمية؟
- هل هنالك طرق مقبولة لزيادة مصادر التمويل ـ وهل هذه مجتمعة للفئات غير الميسورة مما يهدد مبدأ وعدالة توفير الرعاية الصحية؟ هل من طرقٍ لزيادة التمويل بقدرٍ مقبول من الفئات الميسورة دون إبراز معارضة قوية لذلك التمويل؟
- ما هو نوع الحوافز التي بإمكان المسؤولين اعتمادها لتعزيز الموارد البشرية وتأمين مشاركتها وعدم معارضتها للإصلاح؟ ما هي المشاكل التي تواجه الهيئات الطبية؟

الإرادة السياسية

يتطلب الإصلاح الصحي الكثير من الدراسة والتحليل لاسيما فيما يتعلق بالأمور الفنية والتقنية، كما أن لآداب المهن الصحية دوراً أساسياً تميِّز القطاع الصحي عن غيره من القطاعات. كما أن دراسة الوضع السياسي لاتخاذ القرارات آمر مهم جداً، بل هو أساس عملية الإصلاح كما سبق وأسلفنا سابقاً. ذلك أن القوى المستفيدة من الوضع قبل الإصلاح (أمثال النقابات وأصحاب المرافق الصحية) هي قوى منظمة، قوية ومدعومة مالياً وسياسياً ـ بينما الذين سيستفيدون لاحقاً من عملية الإصلاح (وهم غالباً من عامة الشعب) هم فئة مهمشة إجمالاً لا تملك وسائل الضغط.

ولذلك فإن عملية الإصلاح تبقى على قدر من الخطورة وقد لا تنجح بالسهولة المرجوة. فالإصلاح قد يكون مرجواً ومراداً من البعض، إنما ذلك لا يجعله بالأمر الحتمي.

لذلك يتوجَّب على القائمين على عملية الإصلاح أن يبادروا إلى تهيئة الاجواء وأفراد الشعب من خلال الصحف ووسائل الإعلام ـ كما أن نجاح عملية الإصلاح تبقى أسهل إذا ما اعتمدت على مراحل متتالية، بدلاً من إصلاحٍ شامل ـ فالخطوات الصغيرة في

الإصلاح عادةً تكون أجدى وأكثر فائدة من الإصلاحات الجذرية على أهميتها نظراً للمعارضة السياسية من قبل قوى الوضع المالي..

آفاق المستقبل

هناك دائماً خيارات وسيكون هناك دائماً تغيير، فنمط واحد من الرعاية الصحية لن يكون بالتأكيد الدواء الشامل panacea الذي يعالج كل مشكلات الصحة والرعاية الصحية. وبما أن المشكلات الصحية في الدول النامية تتغير والمجتمعات تصبح أكبر سناً، وإذا كانت تبدي حالياً تزايداً مطرداً في الأمراض المزمنة chronic والتنكسية degenerative كما حدث سابقاً في الدول المتقدمة، فإن هذه الدول ستكون بحاجة لأنواع جديدة من الرعاية الصحية، يمكن لها عند ذلك أن تتضمن نفس العناصر المركزية للرعاية الصحية الأولية المطبقة في الوقت الحاضر، ولكن نظام الرعاية سيركز بشكل أكبر على كبار السن والمعوقين والمرضى المزمنين وليس كما هو حاصل حالياً من التركيز على الأمهات والأطفال والأمراض الحادة والوقاية من الأمراض السارية.

سيكون هناك أيضاً مشكلات جديدة للرعاية الصحية تتأثر بالوضع السياسي والاقتصادي السائد في أوانها، وبالتدريب الجيِّد للعاملين الصحيين وإدراكهم للأدوار التي يمكن أن يقوموا بها. ولكن إذا كان نظام الرعاية الصحية مرناً بشكل كاف لرصد التغيرات الجارية في الحالة الصحية والأمراض، والتغيرات في الموارد والالتزام السياسي، ومرناً بشكل كاف للاستجابة لهذه التغيرات، فيمكن عند ذلك أن يكون هناك صحة جيدة في القرن الحادي والعشرين.

الفصل السابع عشر

إدارة وضبط الجودة في الرعاية الصحية

مُقدمة

إن اعتماد accreditation الهيئات والمرافق الصحية هي عملية تدريجية تبدأ من عملية وضع المقاييس وترتقي إلى عملية وضع البرامج المتضمنة معايير الرعاية العلاجية، وتشمل عملية التدرج هذه مفاهيم عديدة منها التصديق على الإنتاج credentialing والمراجعة من قبل الزملاء أو الأنداد peer review، وبرامج المعايير السريرية أو الإكلينيكية.

كما أن عملية الاعتماد لا بد لها من الأخذ بعين الاعتبار المكونات الأساسية للنظام الصحي القائم في الدولة.

إن عملية الاعتماد هي بحد ذاتها عملية تستهدف تأكيد وضبط الجودة.

بدأت عملية إدارة الجودة وتطورت من خلال نظم الصناعة وإنتاجها ـ ومرت بمراحل سبع هي التالية:

المصادقة على الإنتاج Credentialing

كان الحرفيون قد أسسوا الرابطات Guilds، كإحدى وسائل ضبط ومراقبة العمل المهني والتحكّم به، وذلك للظروف عديدة قبيل الثورة الصناعية الأولى.

وفي المجال الصحي تم إشهار الكلية الملكية للأطباء في لندن عام 1518، وتعتبر هذه الكلية أولى الروابط الصحية.

كما أدخلت هذه الروابط العلامات المميزة للناتج الصادر عن هذه الروابط، وهذه العلامات تؤكد مستوى معين من جودة الإنتاج يرتاح إلى نوعيته المستهلك وتعطي للحرفي أفضلية واضحة في مجال التنافس والمقارنة مع غيره. وكانت هذه العلامات تمنح من قبل كبار الحرفيين بعد التأكد من أن الناتج قد خضع للمقاييس المعتمدة.

ومن وسائل ضبط ومراقبة العمل المهني أيضاً المصادقة على شهادات وخبرات الأطباء العاملين في المرافق الصحية قبل السماح لهم بممارسة الطب.

مراجعة الزملاء أو الأنداد Peer Review

تعتمد عملية مراجعة الزملاء أو الأنداد على معايير عديدة لمراجعة الأعمال الطبية. ويمكن تصنيف هذه المعايير ضمن فئات ثلاث: مراجعة الأداء (من خلال معلومات السجل الطبي)، والدرجة العلمية المهنية للعامل الصحي، وسبل التعاطي مع المريض. وقد يكون هذا التصنيف اعتباطياً من قبل هيئة الحكام، وقد يحصل أيضاً تداخل بين هذه الفئات، مما يشير إلى صعوبة أو دقة عمل مجموعة المراجعين.

وضع المقاييس Standard Setting

بدأت عملية تثبيت المقاييس في الصناعة أيضاً مع تأسيس الهيئة البريطانية لوضع المقاييس عام 1901 - بعد أن عدّلت الثورة الصناعية الأولى طبيعة الأعمال بسبب تقسيم العمل وتجزئته وإدخال التخصص، الأمر الذي جعل من الصعب مراقبة الإنتاج من قبل هيئات الحرفيين، بسبب تداخل إنتاج البعض مع إنتاج البعض الآخر.

فالسلعة أصبحت تضم مكونات من مصادر عدة لا بد من تجميعها للوصول إلى الشكل النهائي للسلعة. وهكذا أصبح ضرورياً أن يتم تثبيت المقاييس كي تتماشى مع السلعة النهائية المطلوبة.

وتعتبر أوراق فلورنس نايتنغيل حول التمريض، التي نشرت عام 1859، أولى عمليات وضع المقاييس في مجال العمل الصحي. وكانت هذه الملاحظات والتوجهات مبنية أساساً على دراسة وضع المرافق الصحية والعمل التنظيمي وتأثير هذه الأمور على رعاية المرضى. ولا تزال عملية وضع المقاييس وتثبيتها في المجال الصحي صعبة ودقيقة، فهي تعتمد على المعلومات الأكيدة التي يُحصل عليها من الاختبارات السريرية، ومن مراجعة الزملاء أو الأنداد، وتوافق هيئة التحكيم والخبراء، مع بعض الدعم من قبل الهيئات العلمية والاجتماعية.

المعاينة لضمان الجودة Quality Inspection

تعتمد عملية المعاينة لضمان الجودة على الإطلاع والتدقيق لكل عمل ومرحلة وإنتاج قبل تسليم السلعة إلى البائع. ومع زيادة الإنتاج في بداية العشرينات من القرن الماضي، أصبح من الصعب معاينة كل سلعة تنتجها الصناعة، فأدخلت عملية أخذ العينات لمراقبة الإنتاج، كما أصبح إهمال قسم كبير من السلع أمراً مكلفاً، مما سارع في إدخال وتقبل نظم ضبط الجودة في الصناعة لمنع أو تخفيض الهدر.

عملية ضبط الجودة Quality Control

أدخلت عمليات ضبط الجودة في أوائل الثلاثينات من القرن الماضي مع اعتماد علم

الإحصاء وأخذ العينات بطرق صحيحة وعلمية أدخلها المفكر شيهارت Shewhart. وقد اعتبر هذا العالم بأن عملية الإنتاج لا بد لها أن تقبل بفروق قليلة بين سلعة وأخرى.

وارتأى هذا العالم بأن هذا الاختلاف يرد إلى سببين: الأول عشوائي، والآخر ناتج عن بعض الإخفاق في عملية الإنتاج لا بد من معالجته.

تحسين الجودة Quality Improvement

أدت الفروق في جودة الإنتاج إلى إدخال برامج لتحسين الجودة تنطوي على أربع مراحل هي: التخطيط - التنفيذ - مراقبة الإنتاج - الإصلاح. وهكذا أصبحت عملية تحسين الجودة عملية متصلة متواصلة لتأمين الجودة والوصول إلى المقاييس المعتمدة للإنتاج.

وقد تطورت هذه المنهجية منذ اعتمادها في ستينات القرن الماضي.

المؤشِّرات السريرية Clinical Indicators

تم تعريف المؤشِّرات السريرية من قبل برتشتين Berstein وهيلبورن Hilborne على أنها «عناصر يمكن قياسها في عملية الإنتاج process أو في النتيجة النهائية outcome بحيث يمكن اعتبار هذه العناصر أحد مكونات الجودة، وبالتالي يمكن التدخل من خلالها لتحسين هذه الجودة».

وتعتبر هذه المؤشِّرات إحدى ركائز عملية الاعتماد accreditation في المجال الصحي فهي تسمح بتقدير الجودة بشكل متواصل، وتعطي معلومات دقيقة حول الأداء، وتسمح بالحصول على معلومات تفيد المستهلك وصاحب العلاقة. وقد أشارت «الهيئة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية» إلى أن دور هذه المؤشِّرات لا بد أن يزداد في عملية الاعتماد في المجال الصحي.

ونورد في الشكل (1) المراحل التي مرت بها عملية إدارة الجودة.

التطلعات المستقبلية لإدارة الجودة

- ضمان الجودة دون الزيادة في الموارد
- إعادة النظر بنظم إدارة الرعاية الصحية
- تشجيع الشراكة partnership للوصول إلى الأهداف المرجوة
- وضع أهداف الرعاية الصحية السكانية
- دور المراكز الطبية في هذه التحولات

المعايير (المقاييس) المعتمدة Standards

المعايير (المقاييس) المعتمدة هي مطلب أساسي لتأكيد الاستفادة من الرعاية الصحية ذات الجودة الرفيعة الجيدة، وقد تمَّ اعتمادها كأساس للموافقة على تسديد كلفة الرعاية الصحية من قبل الشركات الضامنة، الحكومية والخاصة والأهلية. وأصبح المرضى وأصحاب الحاجة الصحية يطالبون بالحصول على الرعاية الصحية ضمن المرافق التي تمَّ اعتمادها من قبل هيئاتٍ علمية مستقلة تعمل على تقييم هذه المقاييس أو المعايير.

1870-1854	حرب القرم ـ ودور فلورنس نايتنغيل Nightengale
1908	وضع غروفر أسس المعايير لتصنيف المرض
	ركز على معايير الجودة في بناء المرافق الصحية
	نظم أول وسيلة لإحالة ومتابعة المرضى
د. غودمن	أسس الكلية الأميركية للجراحة العامة، ووضع المعايير التي يجب توفرها، وأدخل مبدأ زيارة المرافق وتفقد أقسامها، ومنح شهادة اعتماد للمرافق التي تتوفر فيها المعايير المحددة.
	وفيما بعد وافقت «اللجنة المشتركة لاعتماد المرافق الصحية» JCAHO على هذه الأسس وعملت على تطويرها وتحديثها.
1960-1940	تأسيس اللجنة المشتركة عام 1952
	التأكيد على البنية وأسس العمل بدلاً من النتيجة outcome
1960	حماية صاحب الحاجة الصحية
	حقوق الإنسان
	الأمن الاجتماعي
1970	مرحلة النمو السريع
	مبدأ المسؤولية والمحاسبة والجودة
	مؤشرات ضبط الجودة
1980	الاهتمام بارتفاع الكلفة
	تحديد السقف الأعلى للتمويل الحكومي
	إدخال نظم المجموعات المرتبطة بالتشخيص الطبي DRGs
	ادخلت JCAHO نظام تامين الجودة المتعلق بالرعاية التي توفر لأصحاب الحاجة الصحية
1990	مراعاة الكلفة والجودة والعلاقة بينهما
	إدخال دور المريض في النظام الصحي
	اعتماد مبدأ: الجودة تؤدي إلى النمو وإلى تدني الكلفة
	اعتماد مقاييس النتائج outcome
	اعتماد الدلائل الإرشادية للممارسة practice guidelines

الشكل 1 ـ مراحل عملية إدارة الجودة

ما هي هذه المقاييس؟

1 ـ مقاييس تتعلق بكيفية توفير الرعاية الصحية

- تحديد حاجات المريض
- تحديد خطة رعاية المريض
- النواحي التقنية
- كيفية معالجة الاشتراكات والصعوبات

2 ـ مقاييس تتعلق بقياس النتائج Outcomes

- ما هي التعقيدات والعراقيل
- ما هي النتائج العكسية

الاعتماد Accreditation

وفيه تقيّم هيئة علمية مستقلة مؤسسة صحية بدراسة مدى اعتمادها للمقاييس المحددة وتقييم الإنجاز بالنسبة للخدمات المقدمة للمرضى وأصحاب الحاجة الصحية. تقوم الهيئة العلمية بإرسال أخصائيين وخبراء على مستوى عال من الكفاءة في مجال علمهم لتقييم مدى مطابقة عمل المؤسسة للمقاييس التي سبق اعتمادها كأسس.

وتكون هذه المقاييس متجانسة مع المقاييس العلمية لكل اختصاص، وقد تم اعتمادها على المستوى الوطني بل الدولي أحياناً. وهي معايير محددة لقياس الجودة في الرعاية الصحية، وتشمل أيضاً النواحي القانونية للممارسة، وهي أيضاً مقاييس يمكن للمؤسسة تحقيقها إذا عقدت العزم على ذلك، لأنها مقاييس واضحة وبالإمكان قياسها وفهمها بسهولة وتمتين أهميتها بالنسبة للرعاية الصحية.

وفيما يلي لائحة بالمنظمات الدولية وهيئات الاعتماد للمرافق الصحية والمعايير التي تعتمدها بعض هذه الهيئات في المجال الصحي.

المنظمات الدولية لاعتماد المرافق الصحية

الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)

اللجنة الوطنية لضمان الجودة

National Committee for Quality Assurance (NCQA)

الهيئة الدولية للمقاييس

International Standards Organization (ISO)

جائزة مالكولم بالدريج الوطنية للجودة

Malcolm Baldrige National Quality Award

المجلس الأسترالي لمقاييس الرعاية الصحية

Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)

الهيئة الكندية لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية

Canadian Healthcare Accreditation Body (CHAB)

الهيئة الوطنية (الفرنسية) لاعتماد وتقييم الخدمات الصحية

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)

ا ـ المعايير المعتمدة من الهيئة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية

1 ـ النشاطات المتعلقة بالمريض

- حقوق المريض وآداب المؤسسة
- تقدير وضع المريض
- رعاية المريض (التخطيط؛ إيتاء الرعاية؛ استعمال الأدوية؛ التغذية؛ العمليات الجراحية.. إلخ)
- تثقيف المريض وأسرته
- متابعة ومواصلة العلاج

2 ـ النشاطات المتعلقة بتنظيم المؤسسة الصحية

- تطوير الأداء التنظيمي
- القيادة داخل المؤسسة
- إدارة البيئة
- إدارة الموارد البشرية (المهارات؛ التدريب)
- إدارة المعلومات
- الترصّد والوقاية وضبط انتشار العدوى

3 ـ النشاطات المتعلقة بالعمل التنظيمي

- حاكمية المؤسسة

- إدارة المؤسسة
- إدارة الجسم الطبي
- إدارة فريق التمريض

II ـ المعايير المعتمدة من قبل الهيئة الدولية للمقاييس ISO

- نظم إدارة الجودة
- المسؤولية الإدارية
- إدارة الموارد
- تحقيق الإنتاج
- التحليل ونظم التطوير

III ـ معايير جائزة مالكولم بالدريج الوطنية للجودة

القيم الأساسية والمفاهيم

- جودة تستهدف استحسان المريض
- القيادة
- التطور المستمر والتعلم
- مشاركة الموظفين وتطويرهم
- سرعة الاستجابة للمتغيرات
- التخطيط للجودة والوقاية
- التطلع الطويل الأمد للمستقبل
- الإدارة المبنية على معلومات أكيدة
- تشجيع المشاركة
- مسؤولية الشركة المدنية
- تطلعات مبنية على نتائج حسية

أنواع المعايير

- القيادة
- المعلومات والتحليل

- التخطيط الاستراتيجي
- تدريب وتطوير القوى البشرية
- إدارة وسائل الإنتاج
- تنظيم مبني على النتائج
- استهداف رضى المرضى وأصحاب العلاقة

IV ـ معايير الهيئة الوطنية (الفرنسية) لاعتماد وتقييم الخدمات الصحية (ANAES):

المريض ورعاية المرضى

- حقوق المريض للحصول على المعلومات
- سجلات المرضى
- تنظيم رعاية المرضى

إدارة وتنظيم الخدمات المتعلقة بالمرضى

- تنظيم المؤسسة
- إدارة النظم العملية
- إدارة المعلومات

الجودة والوقاية

- إدارة الجودة والوقاية من المخاطر
- البرامج الوقائية المحددة
- مراقبة أخطار انتقال العدوى

تقييم الأداء الصحي

تبدأ عملية تقييم الأداء في المجال الصحي بتوضيح أحد جوانب النظام الصحي الذي يتوجب تقييمه، ذلك لأن النظام الصحي يشمل العديد من المكونات والأقسام، ولا بد من التركيز على أحدها للتأكد من جودة العمل فيه، قبل التوصل إلى نظرة شاملة للنظام ككل.

تشمل عملية تقييم النظام الصحي على مكونات ثلاثة، هي:

1 ـ المرفق الصحي، وهو يشمل المستشفيات والعيادات الخارجية؛

2 ـ صاحب الحاجة الصحية، سواء كان فرداً أو مجموعة؛

3 ـ جودة الخدمة، سواء كانت طارئة أم حادة أم مزمنة.

تقييم الخدمات الاستشفائية (للمرضى الداخلين)

تعتبر الخدمات الاستشفائية للمرضى الداخلين من أهم مكونات النظام الصحي، ذلك لأن المستشفيات تقدم عملية الرعاية الصحية، وتوفر التدريب والبحوث وهي تعتمد على إدخال التقنيات الحديثة والتدخلات السريرية الأحدث. كما تعتبر النفقات على الاستشفاء من أهم مكونات الكلفة في النظام الصحي. أضف إلى ذلك أن عملية الدخول إلى المستشفى هي عملية محدَّدة الوقت ويمكن دراستها من خلال السجلات الطبية التي يتطلبها القانون ولا بد من تواجدها شرعاً.

أما الخدمات الطبية الخارجية، أو الخدمات الطبية غير الحادة والمزمنة، أو الخدمات الوقائية، فهي تشمل مزيجاً كبيراً من المداخلات المتنوعة التي يصعب ضبطها والتحكم بعناصرها.

أما العلاقة بين المريض والطبيب فهي أيضاً تشمل نواح علمية بحتة وعوامل اجتماعية نفسية لها علاقة بمنحى العلاقات الشخصية إضافة إلى النواحي العلمية المهنية البحتة.

وبإمكاننا تعريف عملية ضبط الجودة في الخدمات الصحية على أنها قياس لخدماتٍ توفَّر لفردٍ أو لمجموعة، تزيد من إمكانية الوصول إلى نتائج صحية مرجوة، تتضمن طلب المعلومات المتوفرة في العلوم الطبية الأكثر حداثة.

نماذج لعملية ضبط الجودة في المجال الصحي

النموذج الأول: يتضمن هذا النموذج سلسلة من الطرق التي تم اعتمادها تقليدياً لمراقبة الجودة وتأمين جودة أداء العاملين الصحيين والمرافق الطبية. وتشمل هذه الطرق: نظم قبول الأطباء والمهنيين للعمل في المرافق الصحية، مراجعة أسباب الوفاة والمراضة، مراجعة السجلات الطبية للتأكد من الالتزام بمعايير محددة، مراجعة التشريح والأنسجة، مراجعة عملية استعمال الموارد، رضى المرضى، مراجعة النتائج الضائرة والحوادث التي تقع في المستشفى.

النموذج الثاني: يرتكز هذا النموذج الذي اقترحه العالم دونابديان donabedean على ثلاثية واضحة للنظام الصحي تشمل البنية structure الأساسية والتنظيمية للمرفق الصحي، وعملية process تقديم الرعاية الصحية، والنتائج outcome التي تتمخض عن عملية الرعاية الصحية.

النموذج الثالث: اقترح هذا النموذج العالمان إيمانويل وإيمانويل Emmanuel and Emmanuel وهو يرتكز على مبدأ المحاسبة accountability، محاسبة كل فريق من العاملين على حدة بغية تحديد المسؤولية وتطوير النوعية.

ويتضمن هذا النموذج أيضاً تحديد مسؤولية الفريق الطبي، وفريق الاقتصاديين المسؤولين عن الكلفة وفريق السياسيين، الذي يؤثرون في النظام الصحي ككل.

وتعتمد «الهيئة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية» بشكل رئيسي على النموذج الثاني، مع إضافة عوامل له تعنى بإنتاجية العمل الطبي، ومدى قبوله، ومدى جدارته، ومدى فعاليته، ومدى تواصله.

كما أدخل العالم إيليس Ellis مؤخراً أهمية الاختبارات السريرية clinical trials مشيراً إلى أن نسبة 82% من الأعمال الطبية يمكن مقارنتها بالمعايير المستحصلة من هذه الاختبارات. وقد أدى هذا التأكيد إلى اعتماد «الطب المُسْنَد بالبيِّنات - "Evidence Based Medicine" الذي أصبح شائعاً حالياً. وقد نشطت منذ العام 1992 منظمات وهيئات عديدة تعمل على توفير البيِّنات لتقييم الرعاية الصحية.

قد تأثرت عملية ضبط الجودة في المجال الصحي بالاعتبارات التالية:

1 ـ زيادة المعرفة لدى أصحاب الحاجة الصحية والطلب المتزايد للتأكد من جودة الخدمات الصحية التي توفرها المؤسسات الصحية.

2 ـ زيادة الكلفة في المجال الصحي مما استدعى التدخل لضبط الكلفة وترشيد النفقات من خلال اعتماد معايير محددة للرعاية الصحية، ما لبثت أن أصبحت إلزامية لضمان التمويل من قبل شركات وهيئات التأمين.

3 ـ ازدياد أهمية التقنية الصحية وبرامج البحوث ونقل المعلومات، التي سمحت بتحليل ودراسة كم كبير من المداخلات الصحية ومعرفة نتائجها ودورها في الرعاية.

4 ـ نجاح برامج مماثلة في القطاعات الأخرى كالصناعة والتجارة، وقد أدى ذلك إلى ضغط أكبر على القطاع الصحي لمواكبة القطاعات الأخرى والالتزام بمعايير الجودة.

أدَّت مثل هذه العوامل إلى التزام أكبر من قبل الهيئات الصحية ونشطت جراء ذلك عملية الاعتماد accreditation في المجال الصحي، وأصبحت عملية الاعتماد مطلباً رئيساً لأصحاب الحاجة الصحية بحيث يؤمّون المرافق التي حصلت على الاعتماد، ويتخلون عن المرافق التي لا تتميز بهذه المعايير.

ورغم أن عملية الاعتماد تبقى غير ملزمة في أكثر الدول (باستثناء فرنسا)، فقد أدى

ضغط أصحاب الحاجة الصحية وشركات التأمين وهيئات الضمان إلى زيادة الطلب على الاعتماد الذي تشرف عليه هيئات وطنية أو دولية تحظى بالاحترام والثقة من جميع أصحاب العلاقة.

وفي الواقع، فإن النظام الصحي ككل لايعمل بالإنتاجية الأفضل، وهذا الأمر ينطبق على الجميع، سواء كانوا أطباء أو أعضاء من الفريق الصحي أو شركات التأمين أو المرافق الصحية. فالجميع يتنافس ويأخذ بالحلول الوسطى أو المرحلية دون محاولة الوصول إلى رؤية أفضل وأوضح لمواجهة أزمة القطاع الصحي.

الكلفة

قد يكون النظام برمته قد وصل إلى مرحلة من كلفة للرعاية الصحية لا يمكن للدولة أو للأفراد تحملها، إذا ما استمر الأمر على هذا النحو.

يتوجب الحصول على الأجوبة التالية: كم نحن مستعدون لتحمل نفقات الرعاية الصحية لكافة أفراد المجتمع؟ كيف يمكن أن نضبط الكلفة دون المساس بالجودة؟ هل بإمكاننا الاستغناء عن التدخلات العصرية والتقنية المدنية؟ هل بإمكاننا تقليل الفرص في الرعاية الصحية؟

دور المراكز الجامعية الطبية

تلعب المراكز الجامعية الطبية دوراً رئيسياً في مجالات ثلاثة، هي:

- التدريب
- البحوث على أنواعها
- الرعاية الصحية، والأساليب الأحدث للتدخلات الصحية

وتعتبر هذه المراكز أيضاً المدخل الأساسي لنظام الإحالة أو المرتبة الثالثة مثل زرع الأعضاء والطوارىء والحروق والسرطان. كما يتوقَّع أن تدخل المراكز الجامعية الطبية في صلب الخدمات الصحية الأساسية أيضاً، وذلك للتدريب والبحوث واستحداث الروافد للعلاج داخل هذه المراكز.

والمشكلة الأساسية في المراكز الجامعية الطبية هي في ارتفاع كلفة هذه المراكز، كما أن الخدمات التي يشملها التأمين تنطبق عليها التعريفات المتفق عليها وهي عادة تعاني من حسم كبير لأن شركات التأمين تعتبر نفسها غير معنية بالبحوث والتدريب. كذلك ترى هذه المراكز من واجباتها تقديم الرعاية لغير الميسورين، لأنها قد لا تستطيع تأمين نقلهم إلى مركز آخر بسبب خطورة وضعهم الصحي. لذلك، ينبغي على المراكز الطبية إيجاد بدائل أو وسائل إضافية للتمويل.

ومن التحديات التي تواجه المراكز الطبية:

- المنافسة في الأسعار
- الخدمات الاجتماعية التي لا تحصل على دعم متواصل أو كاف
- انخفاض نسبة الربح
- ضرورة اتباع نظم الاعتماد ونظم الجودة
- متابعة إدخال التقنيات المتطورة واعتمادها
- تدريب القوى البشرية

وأمام هذه التحديات خيارات متاحة هي:

- تخفيض الأعباء والكلفة الإدارية
- تخفيض عدد الأسِرَّة والكلفة المرصودة لها
- الحصول على أسعار أفضل من شركات التأمين
- تخفيض برامج التدريب والبحوث

الفصل الثامن عشر

منظمة الصحة العالمية: نبذة موجزة

مقدمة

منظمة الصحة العالمية World Health Organization (WHO) جزء من منظومة الأمم المتحدة United Nations (UN) وليست فرعاً تابعاً لها، وتعتبر المنظمة «وكالة متخصصة» تحكم معاملاتها مع الأمم المتحدة اتفاقية رسمية تقضي بأن تتبادل المنظمتان المعلومات وتتبعا أساليب إدارية موحدة. وللمنظمة أجهزتها الرئاسية وعضويتها الخاصة وميزانيتها الخاصة. وبينما تدفع الدولة ذات الاشتراك الأكبر ربع ميزانية المنظمة، فإن أصغر المساهمين فيها يدفع حوالي 0.001% من الميزانية. ومع ذلك فكل عضو له صوت واحد بصرف النظر عن حجم اشتراكه. فمنظمة الصحة العالمية ليست وكالة توريد، ولا وكالة تمويل، ولا وكالة إغاثة، لكنها وكالة دعم تقني.

يتمثَّل الدعم التقني للمنظمة من خلال:

- إيفاد الخبراء والمستشارين
- تأمين البعثات الدراسية
- إقامة دورات تدريبية وطنية
- توفير توريدات ذات طبيعة تنموية
- دعم البحوث وخاصة الميدانية منها
- عقد اجتماعات بلدانية وإقليمية
- توفير المعلومات

تمارس المنظمة أعمالها من خلال ثلاث هيئات رئيسية: جمعية الصحة العالمية والمجلس التنفيذي والأمانة العامة.

1 ـ الوظيفة الأساسية لجمعية الصحة العالمية World Health Assembly (WHA)

هي اعتماد الميزانية البرمجية لفترة عامين، واتخاذ القرارات بشأن المسائل الرئيسية المتعلقة بالسياسات العامة، ومنها:

- إعداد الميزانية البرمجية
- تحديد الأغراض والأهداف
- تحديد الموارد اللازمة
- تعيين المستفيدين من هذه الموارد
- تحديد مصادرها

تهدف الميزانية البرمجية إلى التأكيد على النتائج التي يراد إحرازها بدلاً من التأكيد على أرقام ليس بينها رابطة منطقية. تعقد دورات جمعية الصحة العالمية عادة سنوياً في شهر أيار/ مايو في المقر الرئيسي للمنظمة في جنيف، ويحضرها مندوبون من جميع الدول الأعضاء وممثلون من هيئات دولية أخرى ومنظمات غير حكومية.

II - يقوم المجلس التنفيذي **Excutive Board (EB)** بدور الجهاز التنفيذي لجمعية الصحة العالمية، فهو يعد جداول أعمال دوراتها، ويقدم لها برنامج العمل العام للمنظمة. ويتصرف أعضاء المجلس على أنهم يمثلون جميع الدول الأعضاء لا الدول التي ينتمون إليها.

يتكون المجلس التنفيذي من 32 عضواً مؤهلين فنياً في حقل الصحة، تعين كلا منهم دولة تنتخبها جمعية الصحة العالمية. ويجتمع المجلس مرتين على الأقل كل عام، الأولى في كانون الثاني/ يناير، والأخرى عقب اجتماع الجمعية مباشرة في شهر أيار/مايو في المقر الرئيسي للمنظمة في جنيف.

III - الأمانة **Secretariate** تشمل جميع الموظفين العاملين في جنيف وفي المكاتب الإقليمية الستة وكذلك الموظفين العاملين في مختلف البلدان. والمدير العام هو الرئيس التقني والإداري لها.

ثمة صفة مميزة لمنظمة الصحة العالمية هي لا مركزيتها. فلها ست منظمات إقليمية أو أقاليم Regions تتكون كل منها من لجنة إقليمية Regional Committee (AC) ومكتب إقليمي ويرأس كل مكتب إقليمي Regional office (RO) مدير إقليمي Regional Director (RD) (راجع لائحة الدول).

المكاتب الإقليمية مسؤولة عن صياغة السياسات ذات الطابع الإقليمي وكذلك رصد الأنشطة الإقليمية. والمدير الإقليمي هو الرئيس التقني والإداري للمكتب الإقليمي.

IV - يوجد في بلدان كثيرة ممثل مقيم للمنظمة **WHO Representative (WR)** وهو مسؤول عن أنشطة المنظمة في ذلك البلد، ويعاون الحكومة في تخطيط وإدارة البرامج الصحية الوطنية.

كذلك يساعد ممثل المنظمة في تدعيم القدرات الوطنية لإعداد وتنفيذ الاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع. وهو يحيط المنظمة علماً بالمشاكل الصحية الخاصة بالبلد الذي يعمل به.

لا توجد برامج لمنظمة الصحة العالمية في البلدان وإنما توجد برامج وطنية تدعمها المنظمة.

دور المكتب الإقليمي لشرق المتوسط Office for Eastern Mediterranean Region (EMRO) لمنظمة الصحة العالمية

1 ـ ينبغي لنا فهم دور منظمة الصحة العالمية في إعداد وتنفيذ ورصد وتقييم سياسة واستراتيجيات توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين، واضعين في الاعتبار أن المنظمة تعني الدول الأعضاء Member States فيها وهيئاتها الرئاسية Governing Bodies، وليس مجرد أمانتها العامة. وفي إطار هذا المفهوم، لا تعني المنظمة على الصعيد القطري المكتب القطري Country Office للمنظمة فحسب، بل تعني كذلك القطاع الصحي كله الذي يسدي إليه مكتب المنظمة المشورة التقنية. وتأسيساً على هذا المفهوم نفسه، فإن الهيكل الإقليمي للمنظمة لا يقتصر على المكتب الإقليمي للمنظمة، وإنما يشمل الدول الأعضاء في الإقليم، وهيئته الرئاسية، أي «اللجنة الإقليمية»، والأمانة التقنية في المكتب الإقليمي للمنظمة.

2 ـ تعمل مستويات المنظمة الثلاثة، المقر الرئيسي للمنظمة Headquarters (HQ)، والمكتب الإقليمي، والمكتب القطري، ككل متصل، مع تنسيق أدوار المنظمة ووظائفها تنسيقاً وثيقاً. وعلى ذلك، فالمستويان الإقليمي والقطري يشاركان مشاركة فعالة في أداء الوظائف العالمية للمنظمة التي حددتها وثيقة السياسة العالمية لتوفير الصحة للجميع من أجل ما يلي:

- تعزيز الصحة في العالم، بتوفير القيادة اللازمة لاستراتيجية توفير الصحة للجميع؛
- وضع أصول ومعايير أخلاقية وعلمية عالمية؛
- إعداد مواثيق دولية تعزز وتقيم الصحة العالمية؛
- التعاون تقنياً مع جميع البلدان؛
- تقوية قدرات البلدان على إقامة نظم صحية مضمونة الاستمرار وتحسين أداء الوظائف الأساسية للصحة العمومية؛
- حفظ صحة المجتمعات والبلدان المستضعفة والفقيرة؛
- تعزيز الانتفاع بالعلوم والتكنولوجيا الصحية والابتكار فيها؛

الأقاليم الستة لمنظمة الصحة العالمية

الإقليم الأوروبي	الإقليم الأفريقي	اقليم غرب الهادي
ألبانيا	الجزائر	أستراليا
أرمينيا	أنغولا	بروناي دار السلام
أذربيجان	بنين	اليابان
روسيا البيضاء	بوتسوانا	نيوزيلندا
البوسنة والهرسك	بروكينا فاسو	جمهورية كوريا
بلغاريا	بوروندي	سنغافورة
كرواتيا	الكاميرون	كمبوديا
جمهورية التشيك	الرأس الأخضر	الصين
إيستونيا	جمهورية أفريقيا الوسطى	جزر كوك
جورجيا	تشاد	الاتحاد الفيدرالي الميكرونيسي
هنغاريا	جزر القمر	فيجي
طاجكستان	الكونغو	كيريباتي
لاتفيا	كوت ديفوار	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
ليتوانيا	جمهورية الكونغو الديموقراطية	ماليزيا
بولندا	غينيا الاستوائية	جزر مارشال
جمهورية مولدوفا	إريتريا	منغوليا
رومانيا	إثيوبيا	نورو
روسيا	غابون	نيو
صربيا والجبل الأسود	غامبيا	بالو
سلوفاكيا	غانا	بابوا غينيا الجديدة
	غينيا	الفيلبين
مقدونيا (جمهورية يوغوسلافيا السابقة)	غينيا بيساو	ساموا
تركيا	كينيا	جزر سليمان
تركمنستان	ليسوتو	تونغو
أوكرانيا	ليبيريا	توفالو
أوزباكستان	مدغشقر	فانواتو
أندورا	مالاوي	فييتنام
النمسا	مالي	
بلجيكا	موريتانيا	
الدانمارك	موريشيوس	
فنلندا	موزامبيق	
فرنسا	ناميبيا	
ألمانيا	النيجر	
اليونان	رواندا	
ايسلندا	سان تومي وبرنسيبي	
إيرلندا	السنغال	
إسرائيل	سيشل	
إيطاليا	سيراليون	
اللكسمبورغ	جنوب أفريقيا	
مالطة	سوازيلاند	
موناكو	توغو	
هولندا	أوغندا	
النرويج	جمهورية تنزانيا المتحدة	
البرتغال	زامبيا	
سان مارينو	زيمبابوي	
سلوفينيا		
أسبانيا		
السويد		
سويسرا		
المملكة المتحدة		
عدد الدول: 51	عدد الدول: 46	عدد الدول: 27
المكتب الإقليمي في كوبنهاغن	المكتب الإقليمي في برازفيل، الكونغو	المكتب الإقليمي في مانيلا

إقليم شرق المتوسط	الإقليم الأميركي	إقليم جنوب شرق آسيا
أفغانستان	انتيغوا وبربودا	بنغلادش
جيبوتي	جزر الباهاما	بوتان
مصر	بربادوس	الهند
العراق	كندا	إندونيسيا
جمهورية إيران الإسلامية	الولايات المتحدة الأمريكية	مالديف
الأردن	الأرجنتين	مانيمار
لبنان	بيليز	نيبال
الجماهيرية العربية الليبية	بوليفيا	سري لانكا
المغرب	البرازيل	تايلاند
عمان	تشيلي	تيمور الشرقية
باكستان	كولومبيا	
المملكة العربية السعودية	كوستاريكا	
الصومال	كوبا	
السودان	دومينيكا	
الجمهورية العربية السورية	جمهورية الدومينيكان	
تنزانيا	لإكوادور	
اليمن	السلفادور	
البحرين	غرينادا	
قبرص	غواتيمالا	
الكويت	هايتي	
قطر	هندوراس	
الإمارات العربية المتحدة	جامبكا	
	المكسيك	
	نيكاراغوا	
	بنما	
	باراغواي	
	االبيرو	
	سانت كريستوفر نيفيس	
	سانت لويس	
	سانت فنسنت وغرينادين	
	سورينام	
	ترينيداد وتوباغو	
	أوروغواي	
	فنزويلا	
الدول: 22	**الدول: 35**	**الدول: 11**
المكتب الإقليمي في القاهرة	**المكتب الإقليمي في واشنطن**	**المكتب الإقليمي في نيودلهي**

- توفير الدور القيادي اللازم لاستئصال أمراض معينة أو التخلص منها أو مكافحتها؛
- تقديم الدعم التقني اللازم للوقاية من الطوارىء الصحية العمومية وللإصلاح والتأهيل بعد وقوع الطوارىء؛
- إقامة علاقات شراكة من أجل الصحة.

3 ـ على الصعيد القطري، يعمل مكتب المنظمة القطري بوصفه جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحي الوطني. وليس للمنظمة برامج على الصعيد القطري؛ إذ لا يوجد سوى برامج وطنية تدعمها المنظمة. وينبغي لأنشطة المنظمة على الصعيد القطري أن تتجه نحو التعاون مع الحكومات على تخطيط وبرمجة وتنفيذ وتقييم البرامج الصحية الوطنية التي تمثل جزءا لا يتجزأ من الخطة الوطنية للتنمية الاجتماعية ـ الاقتصادية أكثر مما تتجه نحو تنفيذ المشاريع المتفرقة. ومن خلال هذا الدور، يمكن للتعاون الوثيق بين السلطات الصحية الوطنية وبين المنظمة، على جميع المستويات، أن يشمل المساعدات الاستشارية والعملية اللازمة لتعزيز الاعتماد على النفس في الميدان الصحي، في ضوء الظروف الاجتماعية والاقتصادية والإطار الثقافي.

4 ـ لذلك، يشمل دور المنظمة على الصعيد القطري ما يلي:

- دعم وزارة الصحة والقطاعات الأخرى المعنية بالصحة في صياغة السياسة الوطنية، وتقوية دورها القيادي في المجال الصحي داخل نطاق الحكومة؛
- دعم الحكومات في تنفيذ وتقييم هذه السياسات والاستراتيجيات الصحية الوطنية؛
- تعزيز القضايا الصحية في القطاعات والوزارات الاخرى؛
- تخطيط تعاون المنظمة التقني ورصده وتقييمه؛
- تعزيز التخطيط التنموي المتكامل الذي تشارك فيه هيئات متعددة، والتعاون مع منظمة الأمم المتحدة، مع حفاظ المنظمة على دورها القيادي في المجال الصحي الذي قرره دستورها؛
- حشد الموارد؛
- الاستجابة السريعة والكافية للطوارىء الصحية.

وفي إطار هذا التعاون، يتم تشجيع السلطات الوطنية على الانتفاع بخبرة المنظمة على مختلف المستويات لدعم عملية إصلاح القطاع الصحي ومساندة الموقف الوطني في المفاوضات والمناقشات مع المنظمات الدولية والمانحين الدوليين.

5 ـ يشمل دور المكتب الإقليمي للمنظمة ووظائفه المجالات التالية:

- الدعم التقني للبرامج الصحية الوطنية من خلال المكاتب القطرية للمنظمة. والوظيفة الرئيسية للمستشارين الإقليميين هي دعم السلطات الوطنية في مختلف المجالات التقنية لإعداد السياسات والخطط الاستراتيجية الوطنية، ومتابعة تنفيذها، وتقييمها، وضمان إدماجها في السياسة الصحية الوطنية؛

- إعداد ودعم الآليات الإقليمية والأقاليمية الملائمة للتعاون بين الدول الأعضاء، بما في ذلك الآليات المناسبة للتعاون التقني بين البلدان النامية. علماً بأن المبادىء الأساسية للتعاون التقني بين البلدان النامية هي التضامن، والسيادة، والكرامة، والمساواة، وبناء القدرات الوطنية، والمواهب، ومضمونية الاستمرار.

وفي ضوء هذه المبادىء، ينبغي للمكتب الإقليمي صياغة التعاون التقني مع البلدان المتقدمة بناء على المنفعة المتبادلة. ويمكن في هذا الصدد تعزيز خبرات التوأمة الناجحة. ولا بد من الانتفاع بشبكة المراكز المتعاونة مع المنظمة بالإقليم في دعم المبادرات الوطنية والإقليمية، لا لدعم التعاون التقني بين البلدان النامية، فحسب، بل أيضاً لضمان أن تكون هنالك إسهامات وطنية وإقليمية أصيلة في تطوير العلم والتكنولوجيا؛

- ضمان تمثيل وجهات النظر القطرية وتنسيقها في ما يصاغ من الأصول والمعايير والتشريعات الدولية، ودعم تكييف الأصول والمعايير والتشريعات الدولية المتفق عليها، بما يناسب الأوضاع الوطنية؛
- التعاون مع المنظمات الإقليمية والدولية، بما في ذلك بنوك التنمية الإقليمية، والمنظمات التابعة وغير التابعة للأمم المتحدة، والمنظمات الحكومية واللاحكومية، على إعداد وسائل إقليمية لتحسين صحة شعوب الإقليم؛
- تكثيف الجهود الإقليمية المبذولة للتصدي للمشكلات الخطيرة التي تؤثر في الفئات الفقيرة والمستضعفة، والمشكلات الصحية التي يستعصي حلها على الوسائل التقليدية. فلا بد من إعداد أساليب ابتكارية على الصعيد الإقليمي للتصدي لهاتين المجموعتين من المشكلات.؛
- ينبغي للاستراتيجية الصحية الإقليمية إيجاد وسيلة شاملة للتعاون والتنسيق على الصعيد الإقليمي لمواجهة التحديات ومواكبة التطور التكنولوجي الحديث. ولا بد من التعاون الإقليمي لتعزيز الاعتماد على النفس في المجالات الصحية المهمة.
- يصرف على مستوى العالم بأجمله 1.8 ترليون دولار على الصحة، أي ما يعادل 320 دولار لحصة كل فرد (يتراوح بين 10 إلى 4.000 دولار سنوياً لكل فرد).
- تشكل الميزانية الإجمالية لمنظمة الصحة العالمية أقل من 0.01% من مجمل النفقات على الصحة عالمياً سنوياً.

- تشكل الميزانية العادية لمنظمة الصحة العالمية أقل من 0.003% من مجمل النفقات على الصحة عالمياً أي حوالي 7 سنت لكل فرد عالمياً سنوياً.
- تشكل الإيرادات الإضافية لميزانية منظمة الصحة العالمية 56,3% من مجموع الميزانية. كما أن تمويل 65.5% من نشاطات منظمة الصحة العالمية مصدرها موارد مالية تضاف إلى الميزانية العادية.
- تم صرف 5 بلايين دولار عام 1993 مساهمة لدعم القطاع الصحي عالمياً من خلال المنظمات الدولية. وكانت نسبة المنظمات الأهلية غير الحكومية 17% من هذا المبلغ الإجمالي.

الفصل التاسع عشر

تقرير اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية

موجز

1 ـ أنشأت منظمة الصحة العالمية اللجنة المعنية بالاقتصاد الكلي والصحة Macroeconomics and Health Commission في كانون الثاني/ يناير عام 2000 لتقييم دور الصحة في التنمية الاقتصادية العالمية. وتتألف اللجنة من 18 خبيراً من أكبر خبراء الاقتصاد في العالم فضلاً عن خبراء الصحة العمومية والمهنيين العاملين في مجال التنمية وصانعي السياسات برئاسة الأستاذ جيفري ساكس، الأستاذ في جامعة هارفارد، وصدر تقرير اللجنة في كانون الأول/ ديسمبر 2001 وعنوانه «الاقتصاد الكلي والصحة: الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية، جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2001».

2 ـ وباختصار، يقدم التقرير بيِّنات مؤكدة على أن تحسين صحة الفقراء في العالم لا يقتصر فقط على كونه هدفاً هاماً في حد ذاته، بل ويمكن أن يضطلع بدورٍ تحفيزي رئيسي في التنمية الاقتصادية والحد من الفقر.

النتائج الرئيسية والتوصيات

1 ـ التقليل من تقديرات الخسائر الاقتصادية الناجمة عن اعتلال الصحة. إن البلدان التي تكون فيها أحوال الصحة والتعليم أضعف ما تكون تواجه قدراً أكبر من الصعوبات في تحقيق النمو المضمون الاستمرار. ففي إفريقيا جنوبي الصحراء الكبرى تقدر الخسائر الناجمة عن الإيدز والعدوى بفيروسه بما لا يقل عن 12% من الناتج القومي الإجمالي السنوي. ومن ناحية أخرى، تزيد التنمية الاقتصادية في المناطق الخالية من الملاريا بما لا يقل عن 1% سنوياً عن التنمية الاقتصادية في المناطق التي تتوطَّن فيها الملاريا.

2 ـ بخس أهمية دور الصحة في النمو الاقتصادي. تشير البيِّنات العلمية التي قدمتها اللجنة إلى أن كل تحسين بنسبة 10% في متوسط العمر المأمول عند الميلاد يرتبط بزيادةٍ في النمو الاقتصادي تبلغ نحو 0.3% إلى 0.4% سنوياً إذا كانت عوامل النمو الأخرى متساوية.

3 ـ بضعة أمراض مسؤولة عن ارتفاع معدلات الوفيات التي يمكن تجنبها. في عام 1998، حدثت 16 مليون حالة وفاة نتيجة لأمراضٍ سارية، وظروف واعتلالات مرتبطة بالأمومة وفترة ما حول الولادة، وحالات العدوى في مرحلة الطفولة، والأمراض ذات الصلة بالتدخين والعوز التغذوي. ومن بين الثلاثين مليون طفل الذين لا يحصلون على التمنيع الأساسي، يعيش حوالي 27 مليون طفل في البلدان التي يقل فيها نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي عن 1200 دولار، ويعيش 99% من النساء البالغ عددهن نصف مليون واللواتي يلقين حتفهن سنوياً أثناء الحمل والولادة في البلدان النامية.

4 ـ مستوى الإنفاق على الصحة في البلدان المنخفضة الدخل لا يكفي لمواجهة التحديات الصحية التي تواجههم. فالمستوى الأدنى للتمويل اللازم لتغطية التدخلات الأساسية بما في ذلك مرض الإيدز والعدوى بفيروسه الذي يتراوح بين 30 و40 دولاراً أميركياً للفرد تقابله مستويات الإنفاق الفعلية التي هي في حدود 13 دولاراً أميركياً للفرد في أقل البلدان نمواً و24 دولاراً أميركياً للفرد في الدول الأخرى المنخفضة الدخل.

5 ـ بوسع البلدان الفقيرة أن تزيد من الموارد المحلية التي تحشدها للإنفاق على الخدمات الصحية، وأن تزيد من كفاءة تخصيص ما تملكه من موارد، تتوخى استراتيجية التمويل التي أوصت بها اللجنة وهي زيادة في موارد الميزانية المحلية بنسبة 1% من الناتج القومي الإجمالي بحلول عام 2007 وبنسبة 2% بحلول عام 2015.

6 ـ وسيظل العجز في التمويل قائماً رغم زيادة الموارد المحلية. فالمساعدات التي تقدّمها الجهات المانحة المالية للخدمات الصحية من جميع المصادر ولجميع الأغراض نحو 6 مليارات دولار سنوياً. وتشير تقديرات اللجنة إلى أن تمويل التدخلات اللازمة والبنية الأساسية الإضافية ونظم تقديم الخدمات يحتاج إلى 27 مليار دولار أميركي سنوياً في شكل منح من الجهات المانحة بحلول عام 2007، ترتفع إلى 38 مليار دولار أميركي عام 2015.

7 ـ سيجري الحد من الفقر بقدر أكبر من الفعالية إذا تمت زيادة الاستثمارات في القطاعات الأخرى. كذلك يعترف التقرير بالحاجة إلى توظيف استثمارات تكميلية في مجالات التعليم والمياه والإصحاح وغير ذلك من القطاعات التي سيكون لها أثر على الصحة.

8 ـ في إطار قطاع الصحة، تسند أقصى أولية للنظام «القريب من طالبي الخدمة». يبرز التقرير مختلف التدخلات الأساسية التي تتسم بالفعالية في الوصول إلى السكان الفقراء ويمكن تقديمها في المراكز الصحية والمرافق الصغيرة أو من خلال تقديم الخدمات في المناطق النائية، وتعتبر الإدارة الحكومية الفعالية التي توجه مساهمات مقدمي الخدمات من القطاع العام والخاص والطوعي أمراً ضرورياً.

9 ـ تحقيق تأثير في صحة الفقراء يتطلب زيادة الاستثمار في المنافع العامة العالمية. يتعيَّن أن تركز الاستثمارات على عمليات البحث والتطوير الموجهة نحو الأدوية واللقاحات وأساليب التشخيص الجديدة لتتبع أمراض السكان الفقراء والبلدان الفقيرة. وعلاوة على ذلك يتعيَّن توفير المزيد من الدعم لجمع وتحليل البيانات الوبائية وترصد الأمراض المعدية. ويشمل المبلغ الإجمالي البالغ 27 مليار دولار أميركي سنوياً من الإنفاق الإضافي بحلول عام 2007 والمشار إليه أعلاه 3 مليارات دولار أميركي سنوياً من المنافع العامة العالمية الخاصة بالصحة، أي السياسات والبرامج والمبادرات المتعددة البلدان التي لها تأثير إيجابي على الصحة والتي تتجاوز حدود أي بلد بمفرده.

10 ـ هناك الكثير يمكن عمله لزيادة فرص حصول الفقراء على الأدوية المنقذة للحياة. يقدّم التقرير توصيات بشأن سبل تحقيق خفض مطرد يمكن تقديره في أسعار الأدوية، وخاصة تلك اللازمة لمكافحة مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، وذلك من خلال الاستخدام الكامل للضمانات الواردة في اتفاقية منظمة التجارة العالمية بشأن جوانب حقوق الملكية الفكرية ذات الصلة بالتجارة.

11 ـ الزيادة الموصى بها للإنفاق كبيرة ولكن العائد المحتمل الناجم كبير أيضاً. وتقدَّر التكاليف الإضافية الإجمالية لتعزيز التدخلات في البلدان المنخفضة الدخل بحدود 66 مليار دولار سنوياً على أن يأتي نحو نصف هذا المبلغ من الجهات المانحة. والنتيجة المتوقعة هي إنقاذ حياة نحو ثمانية ملايين نسمة سنوياً وتحقيق منافع اقتصادية تبلغ 360 مليار دولار، أي عائد استثمار يبلغ ستة أضعاف ما يوظف من أموال.

الاستجابة لتوصيات اللجنة

12 ـ توفر التوصيات الواردة في تقرير اللجنة إطاراً يربط بين العديد من جوانب جدول الأعمال الدولي الحالي بشأن الصحة. وكان لهذا التقرير تأثير دولي رئيسي ولا سيما خلال المؤتمر الدولي المعني بتمويل التنمية (مونتري، المكسيك، آذار/ مارس 2002) حيث كانت الحاجة إلى زيادة الإنفاق على الصحة موضوعاً بارزاً في المداولات. وقد يشكل هذا التقرير العنصر الرئيسي في مساهمة منظمة الصحة

العالمية في المؤتمر العالمي المعني بالتنمية المستدامة (جوهانسبورغ، جنوب أفريقيا آب/ أغسطس ـ أيلول/ سبتمبر 2002).

13 ـ وعلقت اللجنة أيضاً على عددٍ من آليات التمويل العالمية حيث إنها:

- تؤيد بشدة إنشاء صندوق عالمي جديد لمكافحة الإيدز والسل والملاريا (GAVI) وتوفير التمويل الكافي له، وتقترح توجيه 8 مليارات دولار سنوياً من خلال هذه الآلية بحلول عام 2007.
- توصي في مجال البحث والتطوير، بزيادة التمويل (حتى ما مجموعه 1,5 مليار دولار سنوياً) من خلال المؤسسات العالمية في استحداث اللقاحات والأدوية، ويشمل ذلك البرنامج الخاص للبحوث والتدريب في مجال أمراض المناطق المدارية (TDR)، ومبادرة بحوث اللقاحات، والبرنامج الخاص للبحوث والتطوير والتدريب على البحوث في مجال الإنجاب البشري وغير ذلك من الشراكات بين القطاعين العام والخاص التي تركز على الإيدز والسل والملاريا.
- زيادة قنوات التمويل الحالية، بإنشاء صندوق عالمي جديد للبحوث الصحية (1,5 مليار دولار سنوياً) للبحوث الطبية الحيوية والصحة. وستعمل المنظمة مع الشركاء الآخرين لاستكشاف طرق إنشاء هذا الصندوق.
- تؤيد الجهود التي تبذل لزيادة حصول الشعوب على الأدوية المنقذة للحياة ـ من خلال مجموعةٍ من الآليات تشمل التسعير المتباين للمنتجات وتوفير المزيد من قوة الدفع لعمل المنظمة في هذا المجال.

14 ـ ويخلص التقرير إلى أن الموارد والخبرات متوافرة لإنقاذ الملايين من الأرواح. غير أن ذلك تطلب التوصُّل إلى «ميثاق صحي» جديد بين الحكومات والوكالات الإنمائية يقدم في إطاره الطرفان زياداتٍ كبيرة فيما يخصصانه من موارد لأغراض الصحة.

15 ـ وسيتمثل حجز الزاوية في تطبيق توصيات اللجنة في إنشاء آلية تجمع بين وزارات المالية ووزارات الصحة وغيرها من العناصر الفاعلة الأساسية بما في ذلك أولئك الذين ينتمون إلى المجتمع المدني، وسوف تضع هذه الأجهزة برامج طويلة الأجل لتعزيز التدخلات الصحية الأساسية وذلك، بوجهٍ عام، في إطار الاستراتيجية الوطنية للحد من الفقر.

16 ـ وستدعى البلدان، في المقام الأول، إلى الإعراب عن اهتمامها بالعمل مع المنظمة في تحري آثار توصيات اللجنة بالنسبة إليهم بما في ذلك إنشاء لجنة وطنية معنية بالاقتصاد الكلي والصحة حيثما يكون ذلك ملائماً.

17 ـ وسيتوقع من اللجنة الوطنية أو ما يعادلها تنظيم وقيادة مهمة تعزيز الاستثمارات الوطنية في قطاع الصحة. وسوف يشمل ذلك العمل مع المنظمة

وغيرها من المنظمات لتحليل الأوضاع الصحية الوطنية (بما في ذلك التوقُّعات الخاصة بالعقود القليلة القادمة)، والأداء الحالي للنظم الصحية، وخيارات التحسينات اللازمة لوضع الخطوط الأساسية للجوانب الوبائية. وسيتسنى بعد ذلك وضع تكاليف واستراتيجيات النهوض بالتدابير الرامية إلى معالجة المشكلات الصحية ذات الأولوية (تعزيز النظم الصحية) وبناء القدرات البشرية (بما في ذلك تنمية مهارات القيادة)، وكل ذلك يمثل أجزاء من الاستراتيجية الشاملة للاستثمار في قطاع الصحة لتحسين النتائج الاقتصادية والاجتماعية.

18 ـ وسوف تتكامل هذه الجهود وتترابط مع الدعم الذي تقدمه البلدان أثناء إعداد كل من عنصر الصحة في الاستراتيجيات الواطنية للحد من الفقر، وطلبات التمويل الذي تقدمه للصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا. وستتمكن الدول الأعضاء بفضل العمل في المسح العالمي للصحة من الحصول على معلوماتٍ هامة بشأن نطاق شمول التدخلات الصحية الرئيسية وأنماط الإنفاق على الصحة، ومستويات الصحة وعوامل الاختطار. وتتسق هذه النشاطات مع الجهود التي تبذلها المنظمة لتعزيز حضورها في مختلف البلدان.

19 ـ صياغة هذا النهج ومواءمته بما يتوافق مع الأوضاع المختلفة من خلال عملية تشاورية مع البلدان والوكالات الإنمائية.

20 ـ وستعمل المنظمة مع البنك الدولي وصندوق النقد الدولي وغيرهما من الشركات في منظومة الأمم المتحدة ودوائر المانحين الدولية، والبلدان المتلقية لإدراج برامج الصحة والحد من الفقر ضمن إطار سليم للاقتصاد الكلي على المستوى الوطني.

الفصل العشرون

تطلّعات وتوقعات في الإدارة الصحية

نستعرض في هذا الفصل بعض التوقعات التي قد تؤثر في مسار الإدارة الصحية في المستقبل القريب أي في العقدين القادمين. وسنحاول أن نعدد هذه التوقعات من خلال مكونات الإدارة الصحية، علماً أن الترابط باق بين المقومات الأساسية للنظام الصحي.

I ـ في السياسة الصحية

إن المنحى الذي كان قد بدأ مع انتهاء الحرب العالمية الثانية، بأن الرعاية الصحية هي حق من حقوق الإنسان ومن حقوق المواطن لا بد من توفيره سيزداد قوة وتأكيداً. وكان إعلان «ألما آتا» عام 1978 قد أكد هذا الحق، لا سيما بالنسبة للدول النامية. وخطط للرعاية الصحية الأولية كمدخل للصحة للجميع ـ إن هذا المنحى سيزداد تأكيداً وعلى كل دولة أن تعمل على توفير هذه الرعاية لمواطنيها. وتأكيد هذا الحق للرعاية الصحية سيزيد الطلب على الخدمات الصحية دون شك، وقد يدفع إلى إعادة النظر في دور الدولة في القطاع الصحي.

إن الدور التاريخي للدولة كان ولا يزال محصوراً في حماية المجتمع، مما أسند إلى القطاع الحكومي دور الرقيب على كافة النشاطات الصحية، خاصة كانت أم عامة. هذا الدور سيزداد تفاعلاً مع اعتماد منهجية منظمة الصحة العالمية للعام 2000 الداعية إلى مسؤولية الدولة أيضاً في تولّي أمور كافة الخدمات الصحية (القوامة ـ stewardship). كما أن الدولة لا بد أن تعمل على إدارة وتنظيم تمويل الخدمات الصحية من خلال الجهات الضامنة، أو شركات التأمين الخاصة أو نظم الضمان الصحي الاجتماعي أو صناديق التكافل. وقد ترى الدولة أنه من الأفضل مشاركة القطاع الخاص في توفير الخدمات الصحية الفردية، شرط ضبط الجودة وضمانها.

II ـ أصحاب الحاجة الصحية (المرضى وغير المرضى)

من المتوقع أن تزداد متطلبات أصحاب الحاجة الصحية لتوفير رعاية صحية جيدة في

مرافق صحية معتمدة من هيئات علمية مستقلة حسب مقاييس ومعايير واضحة، إن قبول المبدأ «أن الصحة حقٌ لا بدَّ من توفيره والحصول عليه»، سيجعل من أصحاب الحاجة الصحية يطالبون برعاية أفضل، تحترم حقوقهم وحاجاتهم، ذلك أن نسبة كبيرة من أصحاب الحاجة الصحية هم أكثر علماً وأكثر معرفة وربما يسراً. كما أن التجمعات المجتمعية كالنقابات ستؤيد هذا المنحى وتؤكد على مبدأ المشاركة في تخطيط وإدارة وتنظيم وتقديم الخدمات الصحية التي توفرها الدولة أو القطاع الخاص.

III ـ المستشفيات

أخذت نسبة الاستشفاء بالانخفاض في معظم الدول منذ عقدين من الزمن، نظراً للحاجة لترشيد الإنفاق، وبسبب إدخال التقنيات الحديثة كالجراحة من خلال المنظار وجراحة اليوم الواحد. كذلك انخفض متوسط مدة الإقامة في المستشفيات. ففي الولايات المتحدة مثلاً نجد المقارنة الإحصائية التالية بين عامي 1975 و1996:

العدد	1975	1996
عدد المستشفيات	7156	6201
عدد أسرة المستشفيات	1,100,000	800,000
عدد الداخلين إلى المستشفيات	36,157	33,307
كلفة الاستشفاء (بليون دولار)	9.6	360

تشير هذه الإحصائيات إلى إقفال نسبة كبيرة من المستشفيات وانخفاض عدد الأسِرَّة وعدد المرضى الداخلين إلى المستشفيات. ويعود ذلك إلى اعتماد جراحة اليوم الواحد وتشجيع المعاينات الخارجية وتخفيض مدة الإقامة في المستشفى.

لكن ذلك قابله ازدياد كبير في الكلفة، ذلك أن المستشفيات أصبحت توفر نسبة أكبر من العناية الفائقة والمكثفة، كما أن التطور في الطب أدخل نسبة أكبر من التدخلات المعقدة. وهذا المنحى سيزداد قوةً في المدى القريب.

أما من ناحية إدارة المستشفيات، فإن الاتجاه سيكون نحو المزيد من الترابط وتشكيل الشبكات networks بين المستشفيات الصغيرة والعامة والمتخصصة، ضمن نظام إحالة أكثر مرونة، كما ستعمل المستشفيات على التشدد في مجال ضمان الجودة، وبرامج مكافحة العدوى واعتماد الدلائل الإرشادية السريرية (الإكلينيكية) clinical guidelines.

IV ـ الأجهزة الطبية

من المتوقع أن تزداد أهمية إدخال الأجهزة الطبية الأكثر تطوراً، إذ تدل الإحصائيات

الأخيرة إلى أن إدخال هذه الأجهزة قد يساهم في تخفيض الكلفة بدلاً من ارتفاعها، كما كان الاعتقاد سائداً في العقود الأخيرة.

ويبدو للباحثين حالياً أن إدخال الأجهزة الطبية يتطلب رأسمالاً أكبر، إلا أنه يؤدي إلى خفض في الكلفة التشغيلية، كما أنه على الرغم من أن هذه الأجهزة، لا سيما التصويرية imaging منها أصبحت أساسية للتشخيص وللعلاج في آن واحد.

ففي الولايات المتحدة، تمت مقارنة جهاز تصوير الثدي mammography لكشف احتمال سرطان فيه. وعندما تمت مقارنة جهاز التصوير العادي التماثلي analog مع جهاز التصوير الرقمي digital تبين الآتي:

	الجهاز العادي	الجهاز الرقمي
سعر الجهاز (دولار)	80,000	500,000
كلفة الفحص الواحد (دولار)	48	28
عدد الفحوصات/ الساعة	2	10

كما أظهرت مقارنة بعض العمليات الجراحية لانسداد أوعية القلب، الآتي:

	زرع طُعم شرياني	رأب الشرايين الإكليلية بالقثطرة عبر الجلد
سعر الأجهزة (دولار)	50,000	1,000,000
كلفة العملية (دولار)	32,300	21,100

تفيد هذه المعلومات إلى أن الكلفة الرأسمالية للأجهزة الطبية لا تزال مرتفعة إنما إدخالها سيؤدي إلى خفض الكلفة التشغيلية، كما أن إدخال هذه الأجهزة يعمل على تخفيض مدة الإقامة في المستشفى (وهي مكلفة) وإلى التشخيص المبكر وإلى تخفيض المضاعفات الصحية.

ويشير ارتفاع الأجهزة الطبية إلى أهمية الحصول على الرأسمال بسهولة أكبر وبكلفة أقل، مما قد يزيد من أهمية اعتماد طرق تمويلية مبتكرة كالتأجير leasing أو غيرها، قد يكون هذا الأمر وشيكاً، إذ على المؤسسات التمويلية والمالية أن تدخل معترك القطاع الصحي بحلول جديدة تساهم في تسهيل عملية اقتناء الأجهزة وتوفر تسهيلات مالية للمرافق الصحية.

إن أهمية إدخال الأجهزة الطبية وضرورة صيانتها بشكل مستمر لتوفير خدمة على

مدار الساعة ودون انقطاع (نظراً لكلفة عدم التشغيل) سيدفع إلى ضرورة إنشاء مراكز وطنية أو محلية لصيانة وتشغيل الأجهزة الطبية وتدريب الفنيين على استعمالها وصيانتها. كما أن التقدم السريع في تطوير الأجهزة الطبية قد ينتج سوقاً جديدة لبيع أجهزة طبية مُسْتَعْمَلَة وجرت صيانتها من قبل الشركة المنتجة، لتعود بكلفة زهيدة إلى مرافق صحية أقل تعقيداً من المراكز الطبية المتطورة.

V ـ الأدوية

تشكل كلفة المستحضرات الدوائية حوالي ربع الفاتورة الإجمالية للرعاية الصحية، ومن المتوقع أن تزداد هذه النسبة مع إدخال الأدوية المُخَلَّقة وراثياً أو جينياً التي من المتوقع انتشارها في السنوات القادمة بعد أن تم مسح المجين (الجينوم) البشري.

وكانت كلفة الأدوية قد ازدادت بسبب انخفاض عدد الأدوية المبتكرة سنوياً، وأن تعديل التركيبة الكيميائية بلغ ذروته، وازدادت كلفة البحوث لاختيار وإنتاج دواء واحد. كما أن سعر الأدوية لا بد له من الارتفاع مع تطبيق اتفاقية منظمة التجارة العالمية المعنية بالجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية TRIPS في الدول النامية عام 2005، كما أوردنا سابقاً.

ومن المتوقع أن تنشط عملية اكتشاف أدوية جديدة من خلال تعاون دولي، نظراً للنجاح الذي برز من خلال اشتراك 18 دولة في مسح المجين (الجينوم) البشري. كما أن إجراء الاختبارات على مستوى دول عديدة قد يساهم في الإسراع في اعتماد الأدوية وقد يخفض من كلفة البحوث.

ومن المتوقع أيضاً أن يتم تخفيض أسعار بعض الأدوية للدول النامية، إذا ثبت أن لهذه الأدوية نفعاً على المستوى القومي والوطني. ونستذكر هنا تجربة دولة جنوب إفريقيا مؤخراً للحصول على أدوية لعلاج مرض الأيدز بسعر زهيد تستطيع هذه الدول تحمله. وقد أعلن مؤخراً عن توافق لمشاركة منظمة الصحة العالمية في إعادة النظر باتفاقية منظمة التجارة الدولية WTO في الشؤون الخاصة بالقطاع الصحي، وكان هذا من أهم مطالب منظمة الصحة العالمية لحماية الدول النامية من التأثيرات السلبية لهذه الاتفاقيات.

VI ـ نظم المعلوماتية

تدل الإحصائيات أن الصفحات التي تعنى بالرعاية الصحية هي أكثر صفحات الأنترنت التي يتم الإطلاع عليها، وهذا أمر لا بد أن يستمر في مجال التعليم والتدريب والتشخيص عن بعد في القطاع الصحي. فالتعليم المستمر للقوى البشرية الصحية من أهم سبل رفع سوية الوعي نظراً للتقدم السريع في العلوم الطبية وضرورة الاستمرار

في التعلم لكافة أفراد الطاقم الطبي من أطباء وممرضين وفنيين وإداريين.

وقد أصبح التشخيص عن بعد بواسطة تقنية الاتصالات والأنترنت شائعاً بغية الحصول على رأي إضافي أو استشارة ثانية من مركز طبي أكثر اختصاصاً في بعض الأمراض.

ومن المتوقع أن يزداد الاعتماد على الأنترنت لنقل المحاضرات العلمية وتوفير المواد التعليمية في المناهج والدورات التدريبية في الجامعات والمعاهد، وإدارة المؤتمرات والندوات.

أما في مجال نظم المعلومات، فمن المؤكد أن إدخالها أصبح ضرورياً في كافة المرافق الصحية وفي إدارات التخطيط والمراقبة والترصد، كي يستفاد منها في تحليل المراضة والعبء المرضي في الدول وفي المنشآت الصحية.

VII ـ القوى البشرية

سوف تستمر أهمية العنصر البشري كأساس لتمويل أصحاب الحاجة الصحية والركيزة الأساسية للرعاية الصحية.

من المتوقع أن يزداد الطلب على بعض الاختصاصات الطبية التي تعنى برعاية المسنين. ومن المتوقع أيضاً أن تتوفر برامج تخصصية لتدريب أطباء وممرضين على رعاية المسنين، حيث إن شؤونهم الصحية الحادة والمزمنة تتطلب المزيد من الاختصاص عما هو متوفر حالياً ضمن اختصاصات الطب الباطني أو طب الأسرة. ويتوقّع أن تستحدث برامج إضافية لأطباء الطوارىء والعناية الفائقة نظراً لزيادة الطلب على هذه الاختصاصات وغيرها. ومن المتوقع أيضاً أن يزداد الطلب كثيراً على الممرضين، وذلك لتوفير الفريق التمريضي للعناية المكثفة في المستشفيات (حيث ينبغي أن يكون عدد الممرضين فيها ثلاثة أضعاف عددهم في الأقسام العامة)، كما ستبرز الحاجة للممرضين في رعاية المسنين في منازلهم وضمن أسرهم.

ففي الولايات المتحدة يزداد عدد الممرضين المجازين nurse practitioners من 40,000 ممرض عام 1996 إلى 100,000 ممرض في العام 2005 ـ ويستطيع هذا الفريق القيام بنسبة 80% من الأعمال الطبية المرتبطة بالرعاية الصحية الأولية.

ومن المعروف أن عدد الفنيين الذين يساندون الأطباء paramedicals قد أخذ أيضاً بالارتفاع. وكان عدد هؤلاء قد وصل إلى 224,000 عام 1994 (بمعدّل 85 منهم لكل مئة ألف نسمة وحوالي 40% من عدد الأطباء) ويُصل عددهم إلى 445,000 عام 2005، أي بنسبة 143 منهم لكل مئة ألف نسمة و60% من عدد الأطباء. وتجدر الإشارة إلى أن معظم هؤلاء الفنيين (73%) قد حصل على شهادة البكالوريوس في

العلوم الصحية ونالت نسبة 13% منهم شهادة الماجستير. ومن المتوقع أيضاً أن تزداد نسبة الأطباء الذين يعملون في مجموعات ضمن تنظيمات إدارية لتوفير الرعاية الصحية بدلاً من العمل بشكل إفرادي في عياداتهم. كما يتوقَّع أن تزداد البرامج الجامعية لفريق التمريض وأن ترتفع نسبة الذكور في هذه المهنة الصحية. ومن المتوقَّع أيضاً أن يزداد الإقبال على برامج تدريب الفنيين الطبيين، كالاختصاص في العلاج الطبيعي والعلاج التنفسي وغيرها من الاختصاصات التي تعنى بالمسنين وبالمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة.

VIII ـ التمويل الصحي

سيظل التمويل من أهم الأمور التي ستولى الأهمية القصوى في الإدارة الصحية. وسيبقى التأكيد على ترشيد الإنفاق وضبط الكلفة الشغل الشاغل لكافة الدول والأنظمة الصحية فيها. ففي الولايات المتحدة ارتفعت الفاتورة الصحية إلى 1.1 ترليون دولار عام 1998 أي بنسبة 5.6% زيادة عن العام 1997 وأصبحت تشكل 13.5% من إجمالي الناتج القومي. ومن المتوقع أن تصل في عام 2008 إلى 2.2% ترليون دولار، أي ما نسبته 16.2% من الناتج القومي. ومن المتوقع أيضاً أن يزداد نصيب الفرد والأسرة من مجمل الفاتورة الصحية سواء كان ذلك من خلال الدفع المباشر أو من خلال زيادة المساهمة في بوليصة التأمين. كما أن الاتجاه سيكون نحو المزيد من التمويل من خلال منظمات إدارية تموّل وتقدِّم الخدمات الصحية في آنٍ واحد، أمثال الرعاية المُدَارة managed care.

وستعوّل هذه الهيئات أكثر على تعويض مقدمي الرعاية الصحية على أساس الدفع المسبق prepayment بالنسبة للزيارات الخارجية، وعلى المبلغ المقطوع flat rates بالنسبة للاستشفاء بعد أن أخذت هذه التوجهات دفعاً جديداً من خلال «التعويض من خلال المجموعات المرتبطة بالتشخيص diagnoses related-groups.

وستزيد هذه الاتجاهات من أهمية الطب المُسنَد بالبيِّنات evidence-based medicine وعلى المعايير والمقاييس الحسية الطبية، وكل ذلك ضمن محاولات عديدة لزيادة الإنتاجية وضبط الهدر وترشيد الإنفاق.

من المتوقع أن تزداد مساهمة المصارف والبنوك في شركات التأمين الخاصة كشريك رئيسي في التمويل لهذه الشركات، بتأمين البنوك "Bank Insurance". كما أن هنالك مجالاً واسعاً لدخول المؤسسات المالية إلى قطاع الصحة وابتكار آلياتٍ جديدة لتوفير الرأسمال الضروري لشراء الأجهزة وبناء المرافق الصحية مثلما يحصل الآن في بريطانيا في مبادرة التمويل من القطاع الخاص Private Finance Initiative (PFI).

تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن المؤسسات المالية لا تزال تولي القطاع الصحي أهمية أقل من غيره من القطاعات الاقتصادية. وقد يعود ذلك إلى بعد هذا القطاع عن التدخلات من قطاعات أخرى غير طبية، لفترةٍ طويلة، وبقائه حصراً على الفريق الطبي. كما أن ذهنية الشركات والمؤسسات corporation لا تزال ضيّقة جداً في مجال الخدمات الصحية وإن تواجدت بقوة ضمن شركات الأدوية والمستحضرات والأجهزة الطبية. وفي العقدين الماضيين ازداد ترابط المرافق الصحية أفقياً (شبكة مستشفيات) أو عمودياً (ضمن مرافق عديدة تشمل مشافٍ وعيادات ومراكز تأهيل)، وقد حصل ذلك فقط عندما أخذ القطاع الخاص الذي يبغي الربح يتوجَّه نحو القطاع الصحي.

IX ـ العَوْلَمَة Globalization

نشطت اتجاهات العولمة في كافة القطاعات الاقتصادية، فمعظم الدول أخذت توجه سياساتها الاقتصادية ضمن الترابط مع الدول الأخرى. وفي القطاع الصحي لعبت الاتفاقات الدولية دوراً مهماً في الاتفاقية العالمية حول الاتجار بالخدمات واتفاقية منظمة التجارة العالمية المتعلقة بالجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية Gatt/ TRIPS، وقد يبدو للبعض أن هذا التوجُّه سيبقى محصوراً في مجال صناعة الدواء.

إنما هنالك توجُّهاتٍ أخرى مرتبطة بالعولمة منها توحيد القوانين والتشريعات الصحية الدولية ونظم انتقال المرضى من دولة إلى أخرى، كما يحصل حالياً ضمن منظومة الإتحاد الأوروبي، ونظم هجرة العاملين الصحيين من أطباء وممرضين وفنيين، ضمن نظام معادلة الشهادات المهنية والامتحانات التقويمية المعتمدة دولياً. كما أن آداب ممارسة مهنة الطب والتمريض ستتأثر بالعولمة واتجاهات العالم المتعلقة بزرع الأعضاء والاستنساخ والهندسة الجينية وغير ذلك من الاكتشافات المتعلقة أو المرتبطة بالمسح الجيني للإنسان. ومن المتوقع أن تلعب منظمة الصحة العالمية ومنظماتٌ دولية أخرى أدواراً هامة في هذه المجالات.

X ـ عبء المرض Disease Burden

قد يكون عبء المرض وتحوُّلاته من أهم أسباب التغيير المتوقع في الإدارة الصحية، وأول هذه التغييرات ما يتعلق بانتشار الأمراض المزمنة غير السارية noncommunicable chronic diseases مثل السكري، وارتفاع ضغط الدم، السرطان، وأمراض القلب وغيرها.

ومن المتوقَّع أن ترفع نسبة هذه الفئة من الأمراض من العبء المرضي من 43% عام 1998 إلى 73% عام 2020، وأن تنخفض نسبة الأمراض السارية communicable والمعدية infctions من 49% إلى 22% خلال الفترة ذاتها. كما أن العبء المرضي

الناتج عن الحوادث والعنف سيصبح مساوياً للأمراض السارية عام 2020. وسيزيد هذا التوجُّه حتماً من كلفة الفاتورة الصحية نظراً لطبيعة هذه الأمراض وطرق علاجها المزمن والمتواصل. وحالياً يبدو أن نظم الرعاية الصحية لم تتطوَّر بالقدر الكافي لمواجهة هذه التغييرات، رغم بروز بعض التوجُّهات مؤخراً، لا سيما تلك التي ترعاها منظمة الصحة العالمية.

إن ارتفاع نسبة المسنين في كافة الدول لا سيما في الدول النامية سيكون له تأثير كبير على العبء المرضي في كافة الدول، كما أن العبء المرضي الناتج عن الأمراض النفسية سيزداد أهمية وانتشاراً كما أوردنا سابقاً.

وستعاني الدول النامية من ثنائية العبء المرضي double burden، فمن جهة ستزداد أهمية الأمراض المزمنة والنفسية، ومن جهةٍ أخرى لا تزال هذه الدول تكافح انتشار بعض الأمراض السارية مثل الملاريا والالتهابات الصدرية، وأمراض الإسهال والحصبة وسوء التغذية. التي تشكل معاً 70% من أسباب وفيات الأطفال في هذه الدول النامية. كما أن مرض الإيدز لا يزال ينتشر بسرعةٍ في هذه الدول بعد تراجع انتقاله في الدول الغنية بسبب نظام الترصد وتوفُّر الأدوية.

إن هذه الثنائية في عبء الأمراض يدفع إلى تركيز الاهتمام العالمي على مشاكل الفقر وأثره في الصحة كما في غيرها من القطاعات. وقد بدأت منظمة الصحة العالمية ومؤسسات البنك الدولي واليونيسيف تركز على الفقر وعلى العدالة في توزيع الموارد المالية في العالم، إذ تدل الإحصائيات على أن ربع سكان الأرض (1,4 بليون نسمة) يعيشون ضمن مدخولٍ يقل على دولار واحد في اليوم، وأن 30% من سكان الأرض لا يزالون يفتقرون إلى شبكاتٍ سليمة لمياه الشرب وشبكات تصريف مياه الفضلات، وأن مليون طفل يتوفون من أمراض تسهل الوقاية منها من خلال برامج التمنيع والتحصين، وأن 93% من العبء المرضي في العالم يتواجد في الدول النامية.

وتشير هذه الإحصائيات أيضاً إلى أن 2.6 ترليون دولار تصرف حالياً على الرعاية الصحية في العالم، وتبلغ نسبة نصيب القارة الإفريقية من هذا المبلغ 0.4% ونسبة نصيب قارة آسيا 3.5% ونصيب الشرق الأوسط 1.5%. أما الدول المتقدمة فتبلغ نسبة ما تصرفه على هذا القطاع 88.9%. وهذه الفجوة تميل إلى الاتساع، فميزانية البحوث لأمراض الدول النامية والتي تتحمل 90% من عبء المرض لا تنال سوى 10% من مجمل الإنفاق (وهذا ما يشار إليه بالفجوة 10/90).

ويشير البنك الدولي إلى أن الإنفاق على الصحة لكل فرد هو في حدود الـ 4 دولارات سنوياً في بعض الدول النامية، في حين يصل إلى 3,800 دولار في بعض الدول المتقدمة. لهذه الأسباب دعم البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية محاولات الإصلاح في القطاع الصحي، فتم تمويل أكثر من 300 مشروع للإصلاح في 88 دولة في الفترة ما بين 1970 و2000.

وتركّز محاولات ومشاريع الإصلاح والتطوير في النظم الصحية على أهمية تعزيز الصحة وتوفير البيئة الصالحة، وعلى الوقاية من الأمراض، وعلى العلاج المبكر والفعال، وعلى التأهيل لا سيما ضمن المجتمع والمنزل، وعلى مسؤولية الفرد تجاه صحته من خلال اعتماد سلوكيات معزِّزة للصحة والابتعاد عن سلوكيات مؤذية ومنافية للصحة، مثل التدخين والسمنة وقلة النشاط البدني، والكرب وتعاطي المسكرات والعنف.

في النهاية لا بد من الإشارة إلى أن الأمر السهل قد حصل في القطاع الصحي، وأن الأصعب أصبح الأساس، ذلك أن الأمراض السارية والمُعْدِيَة أمكن الوقاية منها من خلال برامج التحصين والتمنيع، كما تمت معالجة الالتهابات بالمضادات الحيوية، إلاَّ أن الأمراض المزمنة تتطلب سلوكيات جديدة معززة للصحة، كما تتطلّب المشاكل الصحية المرتبطة بالفقر عملاً متواصلاً دؤوباً لعقودٍ طويلة من الزمن.

XI ـ العناية المنزلية

من المتوقع أن يشهد العقدان القادمان تغييرات كبيرة في الطلب على الخدمات الصحية بسبب الأمراض غير السارية، والأمراض النفسية والإعاقة بسبب الحوادث والعنف ومرض الإيدز. ومن المتوقع أن تزداد نسبة المسنين ثلاثة أضعاف يكون معظمها من الدول النامية، كما ستزداد الحاجة بالتأكيد لرعاية طويلة الامد تتطلب إعداداً منذ الآن.

إن هذا الأمر سيؤدي حتما إلى تغيير في النظرة القائمة حول تعزيز الرعاية الصحية التي ترتكز حالياً على معالجة كل مرض على حدة. غير أن هذه التغييرات ستفرض الاهتمام بمرضى يعانون من عدة علل قد يكون بعضها متصلاً بالبعض الآخر أو قد تكون متفرقة، إنما القاسم المشترك يبقى الحاجة إلى رعاية طويلة الأمد وإلى اعتماد أكبر على الآخرين للقيام بالأعمال الوظيفية اليومية functional dependency.

وستلقي هذه التغييرات بثقلها على الخدمات الصحية المتوفرة حالياً، وستزيد من كلفتها بشكل سريع وكبير، لذلك لا بد من الاعتماد على الرعاية ضمن الأسرة وضمن المجتمع ومن الاتكال على رعاية يوفرها بعض أعضاء الأسرة، لا سيما الإناث منهم. وهذا الأمر ليس بجديد فلطالما اعتمدت الأسر على بعضها وعلى أفرادها لتوفير الرعاية في الماضي. إنما الأمر يتغير حالياً بسبب التغييرات الديموغرافية والاجتماعية ونزول المرأة إلى سوق العمل وتقلص عدد أفراد الأسرة.

لذلك، على المسؤولين إيلاء أهمية أكبر للرعاية المنزلية والتركيز على بعض أعضاء الأسرة ودعمهم مادياً ومعنوياً وعلمياً ومهنياً. والجدير بالذكر أن هذا التوجه قد بدأ بالظهور لا سيما في الدول النامية التي لا تزال تولي الأسرة الأهمية المرجوة وتدعو إلى المحافظة عليها.

الباب الثالث

علم الإدارة الصحية

الفصل الحادي والعشرون

مفهوم الإدارة العامة

1ـ تعريف الإدارة العامة

الإدارة كلمة شائعة الاستعمال كثيرة التردد في حياة الإنسان اليومية. فالإدارة هي تدبير شؤون الناس وقيادتهم وتوجيههم وتنظيمهم بغية تمكينهم من تأدية الأعمال الموكولة إليهم وتنفيذ الخطط الموضوعة لهم بهدف المحافظة على كيانهم وضمان استمرارية وجودهم، والإدارة بهذا المفهوم وجدت منذ وجود الإنسان.

وكلمة الإدارة Administration تعني في الأصل اللاتيني "الخدمة"، والإدارة العامة هي الخدمة العامة، أي الخدمة التي تعود على المجتمع بالنفع العام وتؤمن الصالح العام.

إن التعريفات، وإن كثرت وتنوعت، إلا أنها لا تختلف في جوهرها ومقوماتها. ويمكننا تلخيصها بالقول: إن الإدارة العامة هي مجموعة نشاطات وأعمال منظمة تقوم بأدائها قوى بشرية تعينها السلطات الرسمية العامة، وتوفر لها الإمكانات المادية اللازمة، بهدف تنفيذ الخطط الموضوعة لها، وبالتالي تحقيق الأهداف العامة المرسومة لها، بأكبر كفاية إنتاجية وأقصر وقت وأقل كلفة. والإدارة، بشكل عام، تستلزم لتحقيق أغراضها وجود عناصر بشرية وتأمين أموال كافية لها. وتوزع العناصر البشرية على فئتين: فئة القادة أو المدراء الذين يتولون بصورةٍ خاصة مهام التخطيط والتنظيم والتنسيق والرقابة، وفئة الموظفين التنفيذيين أو اليد العاملة اللازمة لتنفيذ الخطط الموضوعة وتحقيق الأهداف المرسومة، والتي تعمل تحت أمرة وقيادة ورقابة قادة أو مدراء المشروع أو النشاط المنوي تحقيقه. أما الأموال، فإنها ولا شك، عنصر ضروري لتنفيذ نشاطات المشروع وتحقيقها، فشراء المعدات واللوازم وتأمين الأبنية ودفع الرواتب والأجور للموظفين وغيرها من النفقات، يستلزم وجود الأموال التي بدونها لا يمكن لأي مشروع أو نشاط أن يقوم ويستمر.

وعلى هذا، فإن الإدارة تستلزم لتحقيق أهدافها، توفر عناصر ثلاثة:

- الإدارة ـ القادة أو المدراء management
- اليد العاملة ـ الموظفون manpower
- الأموال money

2 ـ نشأة علم الإدارة العامة

نشأت أصول الإدارة بمفهومها الحديث لأول مرة في مجال إدارة المشاريع الخاصة وارتبطت باسمين بارزين هما: الاميركي فريدريك تايلور Frederic Taylor (1856 ـ 1916) والفرنسي هنري فايول Henri Fayol (1841 ـ 1925).

يعتبر فريدريك تايلور أبا الإدارة العلمية الحديثة، ومؤلفه "مبادئ الإدارة العلمية" الصادر عام 1911 هو النواة الأولى للثورة الإدارية الحديثة: وقد لاقت أفكار تايلور الكثير من الرواج وطبقت في العديد من المصانع والشركات.

أما هنري فايول فيعتبر الرائد الأول لعلم إدارة الأعمال كعلم له قواعده وأصوله. وهو مهندس ومدير عام، أجرى بحوثاً ميدانية، وقسَّم وظائف المشاريع الخاصة إلى ست، هي:

الوظيفة الفنية: وتشمل الصنع والإنتاج.

الوظيفة التجارية: وتشمل عمليات البيع والشراء.

الوظيفة التمويلية: وتشمل تأمين رأس المال واستخدامه.

الوظيفة التأمينية: وتشمل تأمين القوة العاملة والممتلكات.

الوظيفة المحاسبية: وتشمل إعداد الموازنة وتنفيذها والمحاسبة والإحصائيات.

الوظيفة الإدارية: وتشمل التخطيط والتنظيم والقيادة والتنسيق والرقابة.

وهكذا نرى بأن هنري فايول قد أبرز الوظيفة الإدارية وأوضح أهميتها إلى جانب الوظائف الأخرى، وهي لا تزال العناصر التي تدور حولها وظائف الإدارة العامة في عصرنا الحاضر. كما حدد فايول عدداً من المبادئ الإدارية وصلت إلى أربعة عشر سنذكرها لاحقاً.

تطوَّرت حركة تايلور وفايول شيئاً فشيئاً، وبرز العديد من الكتاب والمؤلفين المعروفين في هذا المجال، فتكونت مجموعة من المبادئ العلمية التي يطلق عليها اسم "علم إدارة الأعمال" Business Adminstration والتي تطبق في القطاع الخاص. وبعدها بدأ القطاع العام يقتبس هذه المبادئ ويطبق ما أمكن منها على نشاطاته ومرافقه ومؤسساته، فظهرت مجموعة من المبادئ العلمية لا تختلف في جوهرها عن المبادئ الخاصة بإدارة الأعمال، وسميت هذه المبادئ" علم الإدارة العامة".

3 ـ أهمية الإدارة العامة

برزت أهمية الإدارة العامة عبر السنين ولا سيما إثر الحربين العالميتين الأولى والثانية اللتين وضعتا على عاتق الدولة أعباءً جساماً لم يكن من المتيسر النهوض بها وإنجازها على الوجه السليم إلا بتوفر إدارة كفؤة، منظمة وفاعلة. فبدأت الإدارة العامة تدرّس كعلم مستقل في الجامعات والمعاهد.

وقد برزت هذه الأهمية بشكلٍ ملموس إثر تطور مفهوم الدولة الحديثة نتيجة لتبدل نظرة الشعوب إليها. ففي الماضي كانت مهام الدولة مقتصرة على حماية الأمن وتحقيق العدالة وتأمين الاستقرار والطمأنينة للناس، ذلك لأن الشعب كان يرفض تدخل الدولة في شؤونه ويعتبره حداً لحرياته وقيداً لتصرفاته. أما اليوم فقد أصبح الشعب ينادي بوجوب تدخلها في كافة شؤونه الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وغيرها.

ومن الطبيعي أن يكون تدخل الدولة في شؤون رعاياها قد استلزم زيادة في النفقات وتنوعاً في النشاطات والأعمال، وبالتالي استوجب وجود أجهزة إدارية تقوم بها بأسلوب علمي وكفاية إنتاجية، الأمر الذي استوجب دراسة الإدارة العامة، كعلم له أصوله وقواعده، لتنظيم هذه الأجهزة وتفعيلها وجعلها قادرة على مواجهة الأعباء الطارئة عليها.

4 ـ طبيعة الإدارة العامة

ومن الطبيعي أن كثرة وتنوع التعاريف المعطاة لمفهوم الإدارة العامة يقابله جدل فيما إذا كانت الإدارة العامة علماً أم فناً أم علماً وفناً معاً. فبعضهم يعتبرها علماً وبعضهم يعتبرها فناً والبعض الآخر يعتبرها علماً وفناً في آنٍ واحد. إلا أنه لتحديد طبيعة الإدارة العامة، لا بد من تعريف كل من العلم والفن.

الإدارة العامة هي علم، أي هي مجموعة الأصول والمبادئ والقواعد التي يتوصل إليها الإنسان بالتجربة والبحث والاستقصاء والإحصائيات وغيرها من الطرق التي تؤدي إلى اكتشاف قواعد عامة لا تختلف قيمتها وصحتها من وقتٍ إلى آخر ومن مكانٍ إلى آخر كالعلوم الحسابية والكيميائية التي تبقى هي نفسها في أي بلدٍ في العالم.

والإدارة العامة هي أيضاً فن فهو استخدام المهارات والكفاءات والصفات والملكات البشرية الشخصية في تطبيق المبادئ والقواعد العلمية. فالعلم يتصف بالموضوعية، أما الفن فهو شخصي ولكنه يفترض الإحاطة المسبقة بالمبادئ العلمية.

وعلى هذا الأساس، نستطيع القول إن الإدارة العامة هي علم وفن معاً. فهي علم لجهة الدراسة والبحث والتنظيم، وفن لجهة النشاطات والمهارات والفاعلية والابداع. والإداري الناجح هو من يجمع بين الفن الموهوب والعلم المكتسب.

5 ـ وظائف الإدارة العامة

الإدارة العامة نشاط يجتاز مراحل متعددة، متنوعة ومتداخلة ويستوجب القيام بوظائف محددة بغية تحقيق الغاية المرسومة له.

ويختلف كتاب وعلماء الإدارة في تحديد هذه المراحل أو الوظائف الإدارية. فالمهندس الفرنسي هنري فايول، وهو في طليعة الباحثين في نظرية الإدارة، يقول كما أسلفنا إن الوظائف الرئيسة للإدارة هي:

- التخطيط planning
- التنظيم organizing
- القيادة commanding
- التنسيق coordinating
- الرقابة controlling

أما الأستاذ لوثر جوليك Luther Gulick فيقول إن وظائف القيادة الإدارية هي:

- التخطيط planning
- التنظيم organizing
- التوظيف staffing
- التوجيه والقيادة directing
- التنسيق coordinating
- الإبلاغ أو وضع التقارير reporting
- وضع الميزانيات budgeting

والنشاط الإداري، وإن كثرت وتنوعت الآراء حول مراحله أو وظائفه، فهو ينطوي على اتخاذ مجموعةٍ من الأعمال والقرارات لا تختلف في جوهرها وتفاصيلها عما ذهب إليه كل من فايول وجوليك، وهي تدور حول المواضيع التالية:

أ ـ **التخطيط**: وهو المرحلة التي تسبق التنفيذ وتتعلق بتحديد الأهداف ورسم السياسات.

ب ـ **التنظيم**: وهو المرحلة التي تسبق التنفيذ أيضاً، وتتعلق بوضع الهياكل التنظيمية وتنمية الأجهزة الإدارية.

ج ـ **القيادة:** وتشمل توجيه المرؤوسين وإدارتهم بغية تمكينهم من تأدية الأعمال الموكولة إليهم وتحقيق الأهداف المرسومة.

د ـ **الرقابة**: وتشمل إجراء الرقابة على المرؤوسين للتاكد من أن الأعمال التي تتم، أو تمت، هي مطابقة للأعمال التي أريد إتمامها، ومن ثم تقييم أداء المرؤوسين وإنتاجيتهم.

إلا أنه من الخطأ الاعتقاد أن هذه العناصر أو المراحل تحدث في الحياة العملية بصورةٍ منتظمة أو متسلسلة أو وفقاً للترتيب الوارد أعلاه، كما وأنه من الخطأ الاعتقاد أن هذه المراحل منفصلة أو مستقلة بعضها عن البعض الآخر. فقد تتم هذه العناصر في الوقت نفسه أو بترتيب مختلف، وما تقسيمها على هذا النحو إلا بهدف زيادة فهمها وتحليلها.

ومما تجدر الإشارة إليه، أن اختيار الموظفين وتعيينهم، وتفويض الصلاحيات إليهم، وقياس كفاءتهم، وتدريبهم وحفزهم على العمل، وتصنيف وظائفهم وتقييمها، يدخل أيضاً ضمن مفهوم هذه الوظائف الإدارية ومبادئها ومستلزماتها.

الفصل الثاني والعشرون

نشأة علم الإدارة

مقدمة

يستعرض هذا الفصل أسس علم الإدارة والمفاهيم المرتبطة بالإدارة بشكلٍ عام والإدارة الصحية بوجهٍ خاص.

لقد تطوَّرت المنهجية الإدارية، منذ بداية هذا القرن، نتيجة احتكاكها بالقوى والنظريات والتغيُّرات التي سادت عالمنا في السنوات الثمانين الماضية والتي تخللتها حروب كونية وحركات عمالية ونهضة فكرية ونظريات اجتماعية وعلوم اقتصادية، تتالت الواحدة تلو الأخرى، وجعلت من الإدارة علماً قائماً بحد ذاته، يدرّس في الجامعات والمعاهد بعد أن أدَّت البحوث إلى تكوين معرفة خاصة به.

1 ـ التعريف

عندما نتحدث عن الإدارة، تبرز أمامنا مفاهيم عديدة ، فالإدارة هي الاستعمال الرشيد والعاقل للموارد، وطريقة لتشجيع العاملين على زيادة الإنتاج وسبيل لإبراز صفة القيادة والإمساك بمؤسسة وتوجيهها نحو أهدافها المقرَّرة والمخطط لها. فالإدارة هي نشاط عام يتواجد في كافة المؤسسات التي يزيد عدد العاملين فيها على الإثنين ـ فهي معنية بالإنتاج وتوفير الخدمات وتصنيع السلع. كما أن الإدارة هي علم قائم بذاته له روافد في علوم الاقتصاد والهندسة وعلم النفس وعلم المجتمع وغيرها من الاختصاصات. والإدارة هي وسيلة أو منهجية مكوَّنة من خطواتٍ مبرمجة، متصلة ومترابط بعضها ببعض، تسعى للتوصُّل إلى أهدافٍ محدَّدة مقرَّرة. وهي أيضاً مجموعة من الناس تدير المؤسسة، لكلٍ من أفرادها مسؤوليات محدَّدة وامتيازاتٍ وواجبات متفق عليها. وهي فن التوصُّل إلى أهداف المؤسسة من خلال عمل الفريق وأعضائه. وللمدير أساليب تختلف بين الواحد والآخر في كيفية تسيير الامور، ويتطلَّب هذا العمل بعض الإبداع والحكمة والرأفة والذكاء والخبرة والتفهُّم. والإدارة أيضاً هي علم يستخدم طرق البحث العلمي والتحليل والاستنتاج والمعادلات الحسابية لتحديد صحة النتائج.

كذلك فإن كلمة " المدير" لها تعريفاتها الخاصة، فمن ناحية المدير هو القائد أو المسؤول الأول الذي يضع خطة المؤسسة بغية تطويرها، وهي كلمة تعني أيضاً المسؤول عن تنفيذ هذه الخطة كما سندرس فيما بعد.

2 ـ منهجيات علم الإدارة

حتى منتصف القرن الثامن عشر كانت أوروبا الغربية تستخدم أساساً نفس طرق وأساليب الإنتاج التي استخدمت لما يقرب من عشرين قرناً. وكان النظام السائد في معظم دول أوروبا هو نظام الإنتاج المنزلي الذي يقوم على أساس أسري. وفي ظل هذا النظام لم تتهيأ الفرصة أو الدافع لتطوير الأساليب الإدارية والتي كانت تتم على أساس عشوائي تبعاً لظروف السوق.

تطوَّر علم الإدارة، كما أشرنا أعلاه، على مدى القرن الماضي نتيجة بروز عدة مفاهيم ومدارس فكرية كانت تتأثر ببعضها البعض، وتتكيَّف مع الأوضاع السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي ترافق بروزها أو التي تؤدي إلى بلورتها.

فالإدارة أساساً لم تكن ذات أهمية كبرى في القطاعات الاقتصادية إلى أن حصلت الثورة الصناعية الأولى في منتصف القرن التاسع عشرة، فقبل ذلك كان المجتمع بأجمله مجتمعاً ريفياً زراعياً أو حرفياً في المدن، ولم تكن الحاجة ماسة للإدارة بمفهومها الحالي، إنما مع بدء الإنتاج الصناعي وتنظيم عملية الإنتاج برزت الحاجة إلى الإدارة والمؤسسات الإنتاجية.

ولما كانت النماذج المتوفرة للإدارة حينذاك تتمثل بشكلٍ رئيسي في الإدارة العسكرية والإكليروس، كان من الطبيعي أن يتم اقتباس بعض المفاهيم الإدارية من القطاعين العسكري والديني.

بعد ذلك حدثت سلسلة من الاختراعات التي غيرت إلى حدٍّ كبير من الصورة الكاملة للنشاط الصناعي. وهذه الفترة الجديدة، التي يطلق عليها عادة اصطلاح الثورة الصناعية، شهدت تغيرات عديدة منها: التوسع الهائل في استخدام الآلات ومركزية الأنشطة الإنتاجية، وإقامة علاقاتٍ جديدة بين أصحاب العمل والعمال، والفصل بين المستهلكين والمنتجين. وفي ظل هذه الظروف الجديدة، أصبحت الأساليب العادية لوضع وتحديد الأهداف وتحقيقها غير مرضية، مما أوجب تحسين الإدارة وتطويرها.

وقد ساهم عدد ليس بالقليل من الرجال في هذه الحركة، وهم الذين يطلق عليهم رواد الإدارة الأوائل. وسنحاول في الصفحات التالية أن نستعرض بسرعة أفكار اثنين من أهم رواد الإدارة وهما فريدريك تايلور وهنري فايول، كما سنستعرض أيضاً تجارب هاوثورن المرتبطة باسم ألتون مايو.

فريدريك تايلور Fredrik W.Taylor (1856 ـ 1916)

يعتبر المهندس الأميركي فريدريك تايلور منشىء العلوم الإدارة العلمية الحديثة. وقد استطاع هذا المهندس أن يتبيَّن الثغرات العديدة في عمل الإدارة. كما اتضح له أن الإدارة لم يكن لديها فكرة واضحة عن مسؤولية إدارة وتوجيه العمل، كما لم تكن هناك أية معايير لأداء العمل، وأن قرارات الإدارة كانت تعتمد على طريقة " التجربة والخطأ"، ولم يكن هناك دراسة لطرق العمل أو أدواته، وأن العمال يكلفون اعتباطاً بأداء أعمال لا قدرة لهم عليها ولا رغبة لهم فيها، ما أدى إلى قيام نزاع مستمر بين الإدارة والعمال. ولمعالجة هذه الثغرات قام تايلور بالعديد من الدراسات التي هدفت إلى تحسين العلاقة بين الإدارة والعمال، وتوفير الوسائل العلمية لإدارة العمل، ووضع المبادئ التي ينبغي تطبيقها عند إدارة العمل.

وبالرغم من أن مبادئ تايلور كانت موضوعة للتطبيق الشامل العام، إلا أن اهتمامه لم يكن مركَّزاً على الإدارة بصفة عامة ولكن على الإدارة في مستوى الورشة أو المستوى الميداني. فكان اهتمامه الأساسي بكفاءة العمال والمديرين في الإنتاج الفعلي.

ولقد نشر كتابه المشهور "مبادئ الإدارة العلمية The Principles of Scientific Management" سنة 1911. وبالرغم من اعتزامه تقديم مبادئ تطبق على الإدارة إلاَّ أن اهتمامه الأساسي انصبّ على تحقيق كفاءة الإنسان والآلة عن طريق دراسة الزمن والحركة، والتي يشار إليها كحجر الأساس للإدارة العلمية.

ويعتقد البعض أن المساهمة الأساسية التي أسهم بها تايلور في نظرية الإدارة هي تمسكه الشديد بتطبيق الطريقة العلمية. وقد أشار تايلور إلى أن كتابه "مبادئ الإدارة العلمية" قد جاء لكي يقدم الآتي:

أولاً: أن يظهر ـ بواسطة سلسلة من الأمثلة الإيضاحية البسيطة ـ الخسارة الكبيرة التي تتحملها الولايات المتحدة بأكملها نتيجة عدم الكفاءة في جميع الأعمال اليومية تقريباً.

ثانياً: أن يحاول إقناع القارئ أن علاج عدم الكفاءة هذه يكون بالإدارة المنظمة الرشيدة، وليس عن طريق البحث عن رجل استثنائي أو خيالي.

ثالثاً: أن يثبت أن الإدارة السليمة هي علم حقيقي قائم على أساس قوانين وقواعد ومبادئ محددة بوضوح، بالإضافة إلى إظهار أن المبادئ الجوهرية للإدارة العلمية يمكن تطبيقها على كل أنواع النشاط الإنساني من أبسط التصرفات الفردية إلى عمل أكبر الشركات المساهمة الذي يستلزم تعاوناً وثيقاً. وأيضاً لإقناع القارئ ـ عن طريق الأمثلة الإيضاحية البسيطة ـ بأنه إذا طبقت هذه المبادئ بطريقةٍ صحيحة فلا بد من تحقيق نتائج مدهشة.

وقد أشار تايلور إلى وجود فلسفةٍ جديدة للإدارة، تدعو الإدارة إلى تحمّل مسؤولية أكبر في التخطيط والإشراف، وفي تحويل المعرفة المتعلقة بأساليب العمل إلى قواعد وقوانين ما يساعد العمال مساعدةً كبيرة على العمل بأقل تكلفة لصاحب العمل مع حصولهم هم أنفسهم على أعلى العائدات.

وقد رأى تايلور أن هناك عدة وظائف جديدة للمديرين، هي:

1 ـ إحلال الطرق العلمية محل الطرق البدائية أو القواعد التقديرية Rule of Thumb في تحديد عناصر عمل الفرد.

2 ـ الاختيار العلمي للعمال وتدريبهم على أساس علمي.

3 ـ تعاون كل من الإدارة والعمال لأداء العمل طبقاً للطريقة العلمية.

4 ـ تقسيم عادل للمسؤولية بين المديرين والعمال مع قيام المديرين بتخطيط وتنظيم العمل.

وتكوِّن هذه الوظائف السابقة المبادئ الأربعة للإدارة العلمية كما شرحها تايلور.

ورأى تايلور أيضاً، طبقاً للإدارة العلمية، أن الثورة الكبرى تحدث في الاتجاهات العقلية لكلا الفريقين، أي العمال والإدارة، عندما ينسى كل منهما كيفية تقسيم الفائض (الربح) بينهما، وبدلاً من ذلك يركز الجميع اهتمامهم على زيادة حجم هذا الفائض الذي يحققه المشروع حتى يزداد بشكلٍ يجعل من غير الضروري حدوث نزاع بينهما. فزيادة الفائض ستترتّب عليها زيادة الأجور المدفوعة للعمال وزيادة أرباح صاحب المشروع. وكان يرى أن هذا التغيير الجوهري في الاتجاه العقلي يؤدي إلى إشاعة السلام داخل المصنع وتوحيد اتجاهات وأهداف كل من الإدارة والعمال، وإيجاد جوٍّ من الثقة المتبادلة بينهما.

وكان تايلور يرى ضرورة إلمام صاحب العمل والمديرين بما يعرفه العمال عن طبيعة العمل داخل المصنع. وقد أوضحت دراساته أن العامل يعرف عن العمل داخل المصنع أكثر مما يعرفه رجال الإدارة، كما كان يرى أن أجور العمل المرتفعة وتكاليف العمل المنخفضة يمكن الحصول عليها عن طريق الوقت المعياري.

الإدارة العلمية

برزت مفاهيم هذه المدرسة الفكرية بعيد الحرب العالمية الأولى نتيجة بحوثٍ قام بها مفكرون كبار مثل "تايلور" الذي أجرى تجارب عديدة لتحديد الإنتاجية القصوى للعامل، و"غيلبرت" الذي درس بتمعُّن الجهد المطلوب لتحقيق عملٍ واحد، و"غانت" الذي أدخل نظم ضبط العمل التيلا تزال تحافظ على أهميتها. وتزامنت هذه الفلسفة مع تطوُّر العمل الصناعي ودراسة كيفية زيادة الإنتاج وسبل إعطاء الحوافز المالية للعمال لزيادة عطائهم. فريديريك وينسلو تايلور، كبير عمال من ولاية بنسلفانيا الأميركية، شق طريقه حتى أصبح المعلم الروحي في مجال الإدارة في عصره بداية القرن المنصرم. نجح تايلور أولاً في إدخال طريقته التي تقضي بتسجيل الوقت الذي تتطلبه مراحل العمل بطريقةٍ علمية، واستندت هذه الطريقة إلى تقسيم العمل المعقَّد الذي يتطلَّب مهارات إلى مراحل صغيرة يستطيع عمال غير مهرة تنفيذها. وفي العام 1913، تأسست أول خطوط تجميع في معامل فورد في ديترويت، فبدأ بذلك عصر الإنتاج الكبير للسلع الاستهلاكية العالية النوعية.

هنري فايول Henry Fayol (1841 ـ 1925)

في الوقت الذي كان فريديريك تايلور ينادي بالإدارة العلمية في الولايات المتحدة الأميركية، كان هنري فايول ينادي بمبادئ الإدارة في فرنسا. ويعتقد الكثير من كتاب الإدارة أن رجل الصناعة الفرنسي فايول هو الأب الحقيقي لنظرية الإدارة الحديثة. ولقد تجلَّت أفكاره في كتابه المشهور "الإدارة العمومية والصناعية Administration Industrielle et Générale" الذي صدر عام 1916، والذي لم يترجم إلى اللغة الإنجليزية إلا عام 1949. ويتكون هذا الكتاب من جزأين، الأول يبحث في ضرورة وإمكانية تدريس الإدارة، والثاني يبحث في عناصر الإدارة ومبادئها.

كان فايول يكتب كرجل أعمال عملي يسجل خبرته الإدارية الطويلة ويقدم المبادىء التي لاحظها. وفي عمله هذا لم يحاول أن يقدم نظرية منطقية أو فلسفة للإدارة. وبالرغم من ذلك كانت ملاحظاته تتماشى بشكل مذهل مع نظرية الإدارة التي تنتشر حالياً.

وجد فايول أن كل أنشطة المنشأة الصناعية يمكن تقسيمها إلى المجموعات الست الآتية:

- أنشطة فنية (إنتاج)؛
- أنشطة تجارية (شراء، بيع، مبادلة)؛

- أنشطة مالية (البحث عن رأس مال، واستخدامه الأمثل)؛
- أنشطة الضمان والوقاية (حماية الممتلكات والأشخاص)؛
- أنشطة محاسبية (وتتضمن الإحصاء)؛
- أنشطة إدارية (تخطيط، تنظيم، إصدار أوامر، تنسيق، رقابة).

وقد أشار فايول الى أن هذه الأنشطة توجد في أية منشأة مهما كان حجمها. كما لاحظ أن المجموعات الخمس الأولى معروفة جيداً، ومن ثم خصص معظم كتابه لتحليل المجموعة السادسة أي الأنشطة الإدارية.

الصفات الإدارية والتدريب الإداري

تناول فايول في الجزء الأول من كتابه الصفات التي يجب توافرها في المديرين، وهي الآتية:

أ ـ صفات بدنية (الصحة والقوة).

ب ـ صفات عقلية (القدرة على الفهم والدراسة، الحكم والتقدير، القوة العقلية).

ج ـ صفات خلقية (الحيوية، الحزم، الرغبة في تحمل المسؤولية، الولاء، الابتكار، المهابة).

د ـ صفات تربوية (الإلمام العام بالأمور التي لا تتصل مباشرة بالوظيفة التي يؤديها).

هـ ـ صفات فنية (المتعلقة بالوظيفة التي يؤديها).

و ـ صفات تتعلق بالخبرة والتجربة (وتنبع من قيامه بعمله بطريقة سليمة).

كما حدد أيضاً القدرات اللازم توافرها للقيام بالأنشطة الستة الرئيسية للمنشأة، وصنفها إلى القدرات الآتية: الإدارية والفنية والتجارية والمالية والوقائية والمحاسبية.

ولقد لاحظ فايول أنه بينما تكون القدرة الفنية هي أهم القدرات للعامل، إلا أن الأهمية النسبية للقدرة الإدارية تزداد كلما ارتفع الفرد في السلم الإداري حتى تصبح هي أهم القدرات في مستوى الإدارة العليا. وعلى أساس هذه النتيجة التي وصل إليها نادى فايول بالحاجة إلى مبادىء للإدارة وإلى ضرورة تدريس الإدارة. وكان يرى أن القدرة الإدارية مثلها مثل القدرة الفنية لا بد من تحصيلها وتنميتها في المدرسة أولاً، وبعد ذلك في المصنع.

المبادئ العامة للإدارة التنظيمية

أما في الجزء الثاني من كتابه ميَّز فايول بين مبادئ الإدارة وعناصرها. فهو يقصد بالأولى القواعد rules، أما العناصر فهي من وجهة نظره الوظائف functions. ولقد

أشار فايول إلى أن مبادئ الإدارة مرنة وليست مطلقة، ولهذا يمكن بل يجب استخدامها بغض النظر عن الظروف المتغيرة والخاصة. أما مبادئ الإدارة التي استخلصها من تجربته فهي المبادئ الأربعة عشر الآتية:

1 ـ **تقسيم العمل Division of Work**: وهو التخصص الذي يعتبره الاقتصاديون ضرورياً عند استخدام العمال. ويطبق فايول هذا المبدأ لكل أنواع العمل سواء كانت إدارية أم فنية.

2 ـ **السلطة والمسؤولية Authority and Responsibility**: وهنا يجد فايول أن السلطة والمسؤولية مرتبطتان، فالمسؤولية تتبع السلطة وتنبثق منها، والسلطة ـ كما يراها فايول ـ هي مزيج السلطة الرسمية المستمدة من مركز المدير، والسلطة الشخصية التي تتكون من الذكاء والخبرة والقيمة الخلقية والخدمات السابقة... الخ.

3 ـ **الانضباط Discipline**: ويرى فايول أن الانضباط هو احترام الاتفاقات والنظم وعدم الإخلال بالأوامر، كما يرى فايول أن هذا المبدأ يستلزم وجود رؤساء قديرين في كل المستويات الإدارية.

4 ـ **وحدة السلطة الآمرة Unity of Command**: ومعنى هذا المبدأ أن الموظف يجب أن يحصل على الأوامر من رئيس أو مشرف واحد فقط.

5 ـ **وحدة التوجيه Unity of Direction**: طبقاً لهذا المبدأ، فإن كل مجموعةٍ من الأنشطة لها نفس الهدف يجب أن تكون لها خطة واحدة ورئيس واحد. وهذا المبدأ يتعلق بالمنشأة وليس بالعاملين كما هو الحال في مبدأ وحدة السلطة الآمرة.

6 ـ **خضوع المصلحة الشخصية للمصلحة العامة Subordination of Individual Interest to General Interest**: وهذا المبدأ لا يحتاج لشرح، لكن عندما تتعارض المصلحة الشخصية مع المصلحة العامة يجب على الإدارة أن توفق بينهما.

7 ـ **مكافأة الأفراد وتعويضهم Remuneration**: يجب أن تكون مكافأة العاملين وطرق دفع أجورهم عادلة وقادرة على تحقيق أقصى رضاء ممكن لكل من العاملين وصاحب العمل.

8 ـ **المركزية Centralization**: وبدون أن يستخدم اصطلاح "مركزية السلطة"، يشير فايول إلى المدى الذي تركز فيه السلطة أو توزع.

9 ـ **تدرّج السلطة Scalar Chain**: ويقصد فايول بهذا المبدأ سلسلة الرؤساء من أعلى الرتب إلى أدناها، اي تسلسل السلطة من أعلى إلى أسفل.

10 ـ الترتيب Order: ويقسمه فايول إلى الترتيب المادي material والترتيب الاجتماعي social، أي أن يكون هناك مكان معين لكل شيء (لكل شخص)، وكل شيء (كل شخص) في مكانه الخاص به. وهذا بالضرورة مبدأ من مبادئ التنظيم في ترتيب الأشياء والأشخاص.

11 ـ المساواة Equity: يجب على المديرين الحصول على ولاء مرؤوسيهم وتفانيهم في العمل عن طريق مزيج من العطف والعدل عند التعامل معهم.

12 ـ استقرار العمالة Stability of Tenure: ينبه فايول إلى خطورة وتكلفة معدل دوران العمال المرتفع دون ضرورة، ويرجع ذلك إلى سوء الإدارة.

13 ـ المبادرة Initiative: ويقصد به التفكير في الخطة وتنفيذها. نظراً لأن الرجل الذكي يشعر برضى كبير عند قيامه بالتجربة، أي تنفيذ وتطبيق أفكاره، فإن فايول يناشد المديرين إفساح المجال أمام مرؤوسيهم لتطبيق هذا المبدأ، أو بعبارةٍ أخرى على الرؤساء العمل على تشجيع المبادرة والابتكار بين مرؤوسيهم.

14 ـ التعاون Spirit of Cooperation: وهو مبدأ "الاتحاد قوة" كما أنه امتداد لمبدأ وحدة السلطة الآمرة، وهذا المبدأ يؤكد الحاجة إلى العمل الجماعي (عمل الفريق Teamwork) وأهمية الاتصال في الحصول عليه.

وقد أوضح فايول عند انتهائه من مناقشة مبادئه السابقة أنه لم يحاول ذكر جميع مبادئ الإدارة، لكنه اقتصر فقط على وصف تلك المبادئ التي أظهرت تجربته أنه يمكن استخدامها في آية منشأة.

عناصر الإدارة

لقد سبق لنا القول إن فايول كان ينظر إلى عناصر الإدارة على أنها وظائف التخطيط والتنظيم وإصدار الأوامر والتنسيق والرقابة. والتخطيط في رأيه يقوم على بعد النظر والاستعداد للمستقبل، ويتمثل في كيفية الوصول للهدف عن طريق التنبوء. وهو ينظر التنظيم نظرة واسعة، حيث تتضمن هذه الوظيفة تزويد العمل بكل شيء يساعد على تحقيق الأهداف من مواد وأموال وآلات وعاملين، هذا مع إقامة علاقات إنسانية ومادية، وتنسيق أوجه النشاط، واتخاذ القرارات، مع اختيار العاملين بدقة ثم تدريبهم.

ومن وجهة نظره، فإن مهمة إصدار الأوامر هي تنفيذ التنظيم الموضوع على الوجه الأمثل، وهذا يستلزم بالضرورة مواصفات معينة في المرء. ويقصد بالتنسيق تحقيق الانسجام بين أوجه النشاط.

أما الرقابة فهي عملية التثبت من سلامة تنفيذ الخطة المقررة والأوامر الصادرة.

وتستلزم هذه الوظيفة ـ حسب رأيه ـ معاقبة المخطئ ومكافأة المجدّ، وقد خصص جزءاً كبيراً من كتابه لاختبار هذه الوظائف.

ونجد أن ملاحظات فايول ـ في مجموعها ـ ما زالت صالحة ولها قيمتها في ميدان الإدارة. ومن خلال كتابه نجد فهماً واضحاً وإيماناً بعمومية مبادئ الإدارة. ويشير فايول المرة بعد الأخرى إلى أن هذه المبادئ لا تطبق على منشآت الأعمال فقط، بل تطبق أيضاً على المؤسسات السياسية والدينية والخيرية والعسكرية... الخ. ونظراً لأن كل هذه المنظمات تتطلب إدارة، فإن تكوين نظرية للإدارة يعتبر ضرورياً لتقديم دراسات فعالة للإدارة.

الإدارة التنظيمية

ركَّزت هذه المنهجية على تحديد مسؤوليات الدائرة والقسم والإدارة ـ أو بمعنى آخر ركزت على هيكلية المؤسسة وكيفية تحديد المسؤوليات والواجبات مع إعطاء صلاحيات لكل حلقة فيها. وكان المفكر "فايول" أول من نادى بهذه المنهجية، وقد اعتمد في بلورتها أصول التنظيم والخبرة المتعارف عليها حينذاك. وقد أثرت هذه المدرسة الفكرية علم الإدارة بتحديدها أربعة عشر مبدأ للتنظيم الإداري ما زالت متداولة حتى الآن، وهي: مبادئ تقييم العمل، توزيع المسؤوليات والصلاحيات، النظام ووحدة القيادة والطاعة، وحدة الهدف، مبدأ أولية المؤسسة على العاملين فيها وطرق التعويض للموظفين، ومركزية القرار، تدرُّج السلطة، والعدالة، إعطاء الحوافز، واستقرار العمل، والتعاون. وهي بعض المبادئ الرئيسية التي لا تزال تستعمل في المؤسسات والتنظيمات في عصرنا هذا. ولعل هذه المنهجية هي التي اقتبست أكثر مناهجها من التنظيم العسكري.

ألتون مايو Elton Mayo

عهد إلى مايو بدراسة مشكلة ارتفاع معدل دوران العمل في مصنع للغزل والنسيج في فيلادلفيا. فقد شعرت الإدارة أن معدل دوران العمل كان مرتفعاً جداً في قسم الغزل بينما كان منخفضاً في الأقسام الأخرى.

وكان أحد المكاتب الاستشارية قد درس هذه المشكلة وأوصى باستخدام خطة للحوافز المالية وذلك بافتراض أن الفرد ذو طبع اقتصادي، وبالتالي فإنه يستجيب لهذه الحوافز. ورغم هذا لم يكن هناك من يريد أن ينتج بالقدر الذي يمكنه من الحصول على المكافآت المحددة. أي أن الخطة لم تنجح في تحسين الحالة وبقي معدل دوران العمل المنخفض كما هو دون تغيير.

والمشكلة التي كان يعاني منها هذا القسم هي انخفاض الروح المعنوية للعاملين به، وذلك نتيجة للتوتر والمتاعب النفسية التي يعيشون فيها.

وقد بدأت التجربة بتقديم ترتيبات لإعطاء مجموعة من العمال في قسم الغزل فترات للراحة خلال العمل اليومي. كما تمت مناقشة المشكلة مع كل عمال هذا القسم. وكنتيجة لهذا شعر الأفراد داخل القسم بأنهم أسهموا في القيام بهذا البرنامج. وبالإضافة إلى ذلك كان العمال شغوفين بالارتباط بمدير المصنع. كما كان العمال على ثقة بأنه إذا تم العمل بفترات الراحة كما هو متبع مع الجماعة الخاضعة للدراسة (1/3 مجموع العمال) فإن هذا النظام سيتم تعميمه بالنسبة لجميع العمال.

وقد ظهرت نتائج هذه التجربة سريعاً ليس فقط للجماعة محل الدراسة لكن أيضاً لبقية العمال، الذين لم يحصلوا على فتراتٍ للراحة، لكنهم اشتركوا في مناقشة البرنامج. فلأول مرة بعد التجربة حصل العمال في قسم الغزل على مكافآت الإنتاج نتيجة زيادة إنتاجهم. ولقد استمر هذا الوضع لمدة 4 شهور ونصف إلى أن أوقفت فترات الراحة. وبعد سبعة أيام فقط على إيقافها، عاد العمال إلى حالتهم السابقة وانخفض الإنتاج إلى أدنى مستوى له. وهنا تدخل المدير الذي يثق فيه العمال فأمر بإعادة فترات الراحة مرة ثانية. وقد اتضح أن المدير كان على صواب في القرار الذي اتخذه، فخلال الشهر الذي أعيدت فيه فترات الراحة، تمكن العمال من تحقيق مستوى إنتاجي، يسمح لهم بالحصول على الحافز، وارتفع معدل الإنتاج بنسبة 85% عن الشهر السابق. وبالإضافة إلى العمل بنظام فترات الراحة قام المدير بإشراك العمال في تحديد مواعيد فترات الراحة التي يرغبونها، ما أعطاهم الانطباع النفسي بأنهم جزء لا يتجزأ من الشركة، الأمر الذي انعكس على معنوياتهم وإنتاجيتهم.

وهكذا أظهرت هذه الدراسة أن الاهتمام بالعلاقات الإنسانية عن طريق تقديم فترات للراحة ومشاركة العمال في بحث المشكلات وفي اتخاذ القرارات، يساعد في تحقيق مصالح العمال والإدارة.

تجارب هاوثورن Hawthorne

التحق مايو بعد التجربة السابقة بجامعة هارفرد كمدير لقسم البحوث الصناعية، وقام بالإشراف على عدة دراسات في مصانع هاوثورن التابعة لشركة وسترن إلكتريك. وكان الهدف المبدئي لهذه التجارب تحديد أثر الإضاءة على إنتاجية العمال. ولكن بعد مرور فترة من بداية التجربة أصبحت الدراسة تستهدف تحليل طرق مجموعة العمل، واستمرار التعاون داخل الجماعات.

وعند دراسة أثر الإضاءة على إنتاجية العمال، تم تقسيم العمال إلى مجموعتين: مجموعة خضعت للدراسة، ومجموعة أخرى ظلت تعمل في نفس ظروف العمل العادية

وتسمى مجموعة الشواهد control. وقد تم تغيير ظروف الإضاءة للمجموعة قيد التجربة. وكما هو متوقع فقد زادت إنتاجية هذه المجموعة مع كل زيادة في كفاءة الإضاءة. لكن الشيء غير المتوقع كان ارتفاع إنتاجية الأفراد في المجموعة الأخرى وهي مجموعة الشواهد التي لم تتغير ظروف الإضاءة لديها. ورغم تخفيض معدلات الإضاءة فإن إنتاجية المجموعة محل الدراسة قد استمرت في الزيادة، وحدث نفس الشيء بالنسبة لمجموعة الشواهد.

توصل مايو إلى نتائج مشابهة عند قيامه بباقي التجارب. وكان المتغير محل الدراسة في هذه المرة هو فترات الراحة بدلاً من الإضاءة، وذلك لتحديد آثار الإجهاد على الإنتاجية. وفي البداية كان الإنتاج طبيعياً، وبعد ذلك تم اتباع فترات راحة متفاوتة من حيث طولها ومعدل تكرارها. وقد زاد الإنتاج بزيادة طول فترات الراحة ومعدل تكرارها. وفي الفترة الأخيرة من التجارب تم الرجوع إلى الظروف العادية حيث لا توجد فترات راحة رسمية، وحيث ساعات العمل 48 ساعة كاملة في الأسبوع. ولم يؤد الرجوع مرة أخرى إلى الظروف العادية إلى الانخفاض المتوقع في الإنتاج، وظل الإنتاج عند مستواه العادي المرتفع.

خلاصة القول: إن هذه الدراسات والتجارب وجهت الأنظار نحو الاهتمام بالجوانب الاجتماعية للأفراد في المجتمع وفي المصانع، وعندما كان مايو مهتماً بدراساته في فيلادلفيا لاحظ أن الأفراد لا يتصرفون وفقاً لفكرة الترشيد الاقتصادي، كما أن الاهتمام بحاجاتهم الشخصية والنظر إليهم نظرة إنسانية واجتماعية، من خلال مناقشة مشاكلهم معه، أفضى إلى نتائج سريعة انعكست على معدلات الإنتاج.

ومن هذه الدراسات تم التوصل إلى الاستنتاجات الآتية:

1 ـ إن الإنسان اجتماعي بطبعه وهو مخلوق اقتصادي ويجب النظر إليه على هذا الأساس.

2 ـ إن الفرد يعتبر عضواً في جماعة، وبالتالي فإن هذه الجماعة يجب إشراكها عند مناقشة مشاكلها وتحديد الحلول الملائمة.

3 ـ إن الأفراد المسؤولين عن إدارة المنشأة يجب أن يكونوا في موقفٍ صحيح في ما يبذلوه من جهدٍ مخلص لتوفير ظروف عمل ملائمة لهؤلاء الأفراد. وعلى هذا فإن نجاح أي برنامج للعلاقات الإنسانية يتطلب توافر قادة قادرين ومخلصين وأن يشعر الأفراد بهذه المقدرة والإخلاص.

منهجية العلاقات الإنسانية

برزت هذه المدرسة الفكرية بعد الحرب العالمية الثانية وتأثرت بالمفاهيم الإنسانية التي

عمّت حينذاك وأهمية العوامل النفسية والاجتماعية في مجال العمل. قاد هذه المدرسة الفكرية باحثون في علم الاجتماع وعلم النفس أمثال "فوليت" التي أبرزت أهمية علم النفس والاجتماع في مجالات الإنتاج ونادت بأن الحوافز المادية ليست بالضرورة الحوافز الوحيدة لزيادة إنتاجية العامل، بل هنالك عوامل أخرى تؤثر على عمل الفرد والمجموعة. ونادى أيضاً الباحث "مايو" بأهمية العوامل الاجتماعية في الإنتاجية، فالترابط بين أعضاء الفريق الواحد تؤثر على إنتاجية الفرد، كما نادى "مايو" بالمبدأ القائل إن المؤسسة هي أولاً وأخيراً نظام اجتماعي مترابط يحتوي على عددٍ من الفرقاء، ولها تأثيرات تتجاوز الهيكليات المعمول بها، فهنالك مراكز قوى قد لا تكون منظورة في التنظيم إنما لها أهميتها في الانتاجية، وأخيراً ركّز "مايو" على أهمية الاعتراف بالحوافز الاجتماعية والنفسية إضافةً إلى العوامل الاقتصادية لتحقيق أهداف المؤسسة. إن المرحلة الحقيقية لانطلاقة خطوط الإنتاج كانت الفترة التي تلت الحرب العالمية الثانية، حين تقاطر عشرات الألوف إلى المصانع العملاقة في بداية كل مناوبة لتصنيع السيارات، والبرادات، وأجهزة الراديو والتلفزيون التي تمر على خطوط الإنتاج، وهي سلع أصبحت بالنسبة إليهم من الأمور الضرورية. أما طرق التخطيط للعمل وتسجيل الوقت الذي يستغرقه، فإن تطويرها مستمر.

تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن المناخ الاجتماعي العام بعد الحرب العالمية الثانية كان قد أصبح مؤاتياً لإدخال العلاقات الإنسانية في مجال العمل والعمال. فكان الإيمان كبيراً بالمجتمع الرؤوف، الطيب، حيث الفرص متوفرة للجميع وحيث الرفاهية حاصلة لا محالة.

كما أن نقابات العمال التي كانت قد برزت بعد الحرب العالمية الأولى، أصبحت قوة نافذة في العلاقات بين العمال والإدارة وأخذت بالتالي تطالب بحوافز ومنافع أكبر المنتسبين إلى هذه النقابات العمالية. وأبرز هذه المنافع كانت وما زالت تعويضات نهاية الخدمة وإجازة الأمومة المدفوعة والرعاية الصحية وتعويضات إصابات العمل والإجازات السنوية المدفوعة وغيرها من المنافع التي لم تكن موجودة أصلاً في بداية القرن العشرين.

وتجدر الإشارة في هذا المجال إلى أن الاتجاه المعتمد حالياً ينحو إلى المشاركة في اتخاذ القرارات الإدارية وتوضيح الأهداف وتوثيق العلاقة بين العامل ورب العمل، والتأكيد على أهمية الترابط بين العامل أو الموظف والمؤسسة، وقد تأثرت هذه المبادئ بالنجاح الذي حققته المؤسسات والمنظمات اليابانية في مجالات التصنيع والإدارة.

الفصل الثالث والعشرون

المدارس الرئيسية للإدارة

لغرض الدراسة يمكن تصنيف هذه المداخل إلى المدارس الرئيسية السبع الآتية:

- مدرسة عملية الإدارة
- المدرسة التجريبية
- مدرسة السلوك الإنساني
- مدرسة النظام الاجتماعي
- المدرسة الرياضية
- مدرسة نظرية القرارات
- مدرسة النظم
- المدرسة الموقفية

مدرسة عملية الإدارة The Management Process School

ويطلق عليها أيضاً اسم المدرسة العملية أو التشغيلية operational. وهذا المدخل للفكر الإداري ينظر للإدارة كأداة لأنشطة معينة أو لوظائف إدارية أساسية. وتقوم هذه المدرسة بتحليل عملية الإدارة، وإقامة إطار من المفاهيم لها، مع تحديد المبادئ التي تقف خلف استعمال هذه العملية أو جزء منها. وتركز هذه المدرسة اهتمامها على الأشياء التي تتحقق وتنفذ مع وخلال الأشخاص الذين يعملون في جماعات منتظمة.

ومجال هذه المدرسة واسع النطاق. فهي تنظر لعملية الإدارة كعملية تتميز بالعمومية بغض النظر عن نوع المنشأة أو عن المستوى داخل المنشأة المعينة، كما تعترف بالاختلافات البيئية بين المنشآت وأيضاً بين المستويات. ولكن بالرغم من ذلك فإن عمل المدير ـ الذي يقوم بعملية الإدارة ـ يكون دائماً موجوداً ولا يختلف في جوهره.

وكثيراً ما يشار إلى هذه المدرسة، وخاصة من قِبَل ناقديها، إلى أنها المدرسة التقليدية Traditional. ويعتقد أن الأب الروحي لهذه المدرسة هو هنري فايول Henri Fayol. وبخلاف فايول فإن معظم المساهمين في هذه المدرسة في مراحلها الأولى كانوا يتناولون فقط الجزء التنظيمي من عملية الإدارة نظراً لخبرتهم الطويلة بهذه الناحية (التنظيم)، هذا بالإضافة إلى أن وظائف التخطيط والرقابة لم تنل إلا القليل من اهتمام المديرين قبل سنة 1940.

وتبني هذه المدرسة تحليلها للإدارة على أساس عدة معتقدات جوهرية هي:

- أن الإدارة عملية تشغيلية يمكن تجزئتها عن طريق تحليل وظائف المدير.
- أن الخبرة الطويلة مع الإدارة في مواقف متنوعة يمكن أن تستخلص منها بعض الحقائق الجوهرية أو المبادئ التي تساعد على فهم وتوضيح وتحسين عملية الإدارة. إن هذه المبادئ يمكن أن تشكّل نقاطاً أساسية للأبحاث المفيدة لتأكيد وتحسين معناها وتطبيقاتها العملية.
- أن تقدم مثل هذه المبادئ عناصر لنظرية مفيدة للإدارة.
- أن الإدارة فن، كالطب والهندسة، يمكن تحسينها بالاعتماد على المبادئ السليمة الموضوعية.
- أن مبادئ الإدارة، مثلها مثل العلوم الطبيعية والمنطقية، تعتبر من الحقائق حتى ولو كانت هناك استثناءات واعتراضات في حالات معينة.

بالرغم من وجود عوامل وظروف عديدة تؤثر بدرجات متفاوتة على بيئة المدير، إلا أن نظرية الإدارة لا تحتاج إلى تناول جميع أنواع المعرفة لتخدم كأساس علمي لمبادئ الإدارة.

إذن المدخل الأساسي لهذه المدرسة هو النظر أولاً إلى وظائف المديرين (تخطيط، تنظيم، تشكيل، توجيه، ورقابة)، ثم استخلاص بعض الحقائق الجوهرية (المبادئ) من هذه الوظائف للاسترشاد بها عند الممارسة والتطبيق.

المدرسة التجريبية The Empirical School

وكما يدل عليها اسمها فإن هذه المدرسة تهتم بدراسة تجارب المديرين الناجحين أو الأخطاء التي تحدث في الإدارة. فهي تحلل الإدارة عن طريق التجارب أحياناً لغرض الوصول إلى عموميات. وأفضل نموذج لهذه المدرسة هو ما يتبعه البعض وعلى رأسهم أرنست ديل Ernest Dale من تدريس الإدارة عن طريق دراسة وتحليل الحالات.

ولا شك أن أحداً لا يمكنه إنكار أهمية دراسة الخبرة أو تحليل الأسباب التي أدت إلى

النجاح أو الفشل، ولكن الإدارة، بعكس القانون، ليست بالعلم الذي يعتمد على التجارب السابقة، فالمستقبل قد يتعارض تماماً مع الماضي ولا يحتمل أن يتكرر بنفس الصورة.

ولكن دعاة هذه المدرسة ينادون بأن قصدهم من تحليل الحالات أو دراسة التاريخ هو الوصول إلى أجزاء من العموميات التي يمكن استخدامها وتطبيقها كمرشد مفيد في المواقف المستقبلية.

ومن المحتمل أيضاً أن أنصار هذه المدرسة قد يستطيعون الوصول إلى إطار عمل لهذه المبادئ أكثر فائدة من إطار عمل مدرسة عملية الإدارة. ولكن طالما أن المدرسة التجريبية تخرج بعموميات من بحثها في الحالات الماضية، فإنها تميل إلى أن تكون مثل مدرسة عملية الإدارة وتعمل مثلها.

مدرسة السلوك الإنساني The Human Behavior School

ويقوم هذا المدخل لتحليل الإدارة على فكرة أساسية مؤداها أنه حيث إن الإدارة تنطوي على تنفيذ الأشياء مع الأشخاص وخلالهم، فإن دراستها يجب أن تتركز على العلاقات الشخصية المتداخلة، أو ما يطلق عليها مدخل "العلاقات الإنسانية" أو "القيادة" أو "العلوم السلوكية". وتركز هذه المدرسة اهتمامها على الجانب الإنساني للإدارة، وعلى المبدأ الذي يقول: حيث إن الناس يعملون بعضهم مع بعض كجماعات لغرض تحقيق أهداف الجماعة، فمن الضروري أن يفهم الناس بعضهم بعضاً.

ويميل كتاب وعلماء هذه المدرسة بثقل نحو علم النفس الاجتماعي، ومن ثم فهم يهتمون بالنواحي النفسية والاجتماعية في الإنسان وبما يحفزه ويدفعه للعمل. ويتفاوت أعضاء هذه المدرسة بين من ينظرون إلى علم النفس كجزء ضروري من عمل المدير، أي كأداة لمساعدته على فهم الناس والحصول منهم على أحسن ما لديهم عن طريق مقابلة حاجاتهم والاستجابة لمحفزاتهم، وأولئك الذين يرون أن السلوك السيكولوجي للأفراد والجماعات هو مركز الإدارة وقلبها.

منهجية العلوم السلوكية

تركز هذه المدرسة الفكرية على تحليل الإدارة من خلال تصرُّف الأفراد والمؤسسات أنفسها، وقد بنت فلسفتها على بحوثٍ قامت بها لوصف وتفسير والتنبؤ بممارسة الأفراد لاسيما المدراء منهم والمؤسسات أو المنظمات نفسها، وكل ما يترتَّب عن ذلك من تحليل لشخصية المدير القائد، وعطاء العاملين ونفسيتهم، ورضاهم الذاتي عن العمل الذي يقومون به، وعلاقاتهم ببعضهم.

مدرسة النظام الاجتماعي The Social System School

ينظر هذا المدخل إلى الإدارة كنظام اجتماعي أو بعبارة أكثر تحديداً كنظام للعلاقات الثقافية المتداخلة. وهذه المدرسة أساسها علم النفس الاجتماعي، وتتعامل مع تحديد الجماعات الاجتماعية وعلاقاتها الثقافية، هذا بالإضافة إلى العمل على تكامل هذه الجماعات في نظام اجتماعي كامل. وكثيراً ما يحدث خلط بين هذه المدرسة ومدرسة السلوك الإنساني، نظراً لأن المدرستين تنبعان من تطور الفكر الإداري القائم على أساس العلوم السلوكية.

والاعتقاد الجوهري في مدرسة النظام الاجتماعي هو الحاجة إلى التغلب على القيود البيولوجية والمادية والاجتماعية الخاصة بالفرد وبيئته وذلك عن طريق التعاون. ويستخدم الكثير من أتباع هذه المدرسة مفهوم النظام التعاوني، الذي يطلق عليه عادة اصطلاح "التنظيم الرسمي formal organization". وحسب هذا المفهوم فإن التنظيم الرسمي هو أي نظام تعاوني حيث يوجد أشخاص قادرون على الاتصال ببعضهم البعض، وراغبون في المساهمة في العمل نحو تحقيق هدفٍ مشترك.

المدرسة الرياضية The Mathematical School

تتضمَّن هذه المدرسة هؤلاء الذين ينظرون للإدارة كعملية منطقية يمكن التعبير عنها في شكل رموز وعلاقات رياضية. والمدخل الرئيسي لهذه المدرسة هو النموذج Model، لأنه بواسطة النماذج يمكن التعبير عن المشكلة على أساس علاقاتها الأساسية وعلى أساس الأهداف المختارة.

ولعل أهم الجماعات في هذه المدرسة وأكثرها شهرة هي جماعة القائمين ببحوث العمليات والبرامج الخطية. والاعتقاد السائد عند هذه الجماعة هو أنه إذا كانت الإدارة أو التنظيم أو التخطيط أو اتخاذ القرارات عبارة عن عملية منطقية، فهذا يعني أنه يمكن التعبير عنها تعبيراً كمياً على شكل رموز وعلاقات ومعادلات رياضية.

وبالرغم من أن المدرسة الرياضية تعتبر حديثة نسبياً، إلا أنها أثبتت فائدة مدخلها في مجال الإدارة. فهي تجبر مستخدمها على التحديد الدقيق لأهدافه ولمشكلته، ولنطاق المشكلة. ولا شك في أنها تقدم أداة قوية لحل المشكلات المعقدة المركبة، كما أنها أثرت على إعادة ترتيب مصادر المعلومات وأنظمتها حتى يمكن تقديم معنى كمي معقول.

ونلاحظ أن المدخل الرياضي يكون أكثر فاعلية بصفةٍ خاصة عندما يطبق على المشكلات المادية للإدارة مثل المخزون والمواد ورقابة الإنتاج، عنه عندما يطبق على مشكلات السلوك الإنساني.

مدرسة نظرية القرارات The Decision Theory School

تهتم هذه المدرسة بالقرار الرشيد - أي الاختيار من بين البدائل المحتملة لبرنامج العمل. ومدخل هذه المدرسة قد يتعامل مع القرار نفسه أو مع تحليل عملية اتخاذ القرارات.

ويلاحظ أن أسلوب التحليل الذي تتبعه هذه المدرسة يتماشى إلى حدٍ ما مع التحليل الاقتصادي فهذا المدخل يستخدم المنفعة الحدية، ومنحنيات السواء، والسلوك الاقتصادي تحت ظروف الخطر وعدم التأكد. ومن ثم، فليس من الغريب أن نجد معظم أعضاء هذه المدرسة من دعاة النظرية الاقتصادية.

وقد وسعت مدرسة نظرية القرارات أفقها لأبعد بكثير من عملية تقييم البدائل. بل إن الكثير من أتباعها يتخذها كنقطة انطلاق لفحص جميع أوجه نشاط المنشأة بما في ذلك طبيعة هيكل التنظيم، وردود الفعل السيكولوجية والاجتماعية للأفراد والجماعات، وتنمية المعلومات الأساسية للقرارات.

مدرسة إدارة النظم Systems Management School

تستند هذه المدرسة إلى نظرية النظم التي تمثل أحدث وسيلة علمية لتفسير الأشياء والحوادث. ويتكون النظام حسب التعريف من أجزاءٍ متداخلة بعضها مع بعض بطريقةٍ تكون كلاً متكاملاً. ويهيىء مدخل النظم في دراسة العملية الإدارية وسيلة لتقدير وتقييم الصعوبات الداخلية لهذه العملية، وفي نفس الوقت يربط بينها وبين البيئة الأكبر، أي المجتمع الخارجي الذي توجد بداخله الإدارة.

ينشأ من النظام الكلي مجموعة من الأنظمة المساعدة (الأصغر)، وهذه الأنظمة هي أداة الاتصال بين النظام الكلي والعالم الخارجي من ناحية، وبينه وبين الأجزاء المكونة له من ناحيةٍ أخرى. وتتحدد حركة النظام واتجاهاته طبقاً للمعلومات التي تزوده بها تلك الأنظمة المساعدة.

وتمارس العملية الإدارية داخل نسق تنظيمي هو المنظمة التي تأخذ أشكالاً متعددة. والمنظمة نفسها جزء من نظام أو نسق اقتصادي اجتماعي متميز. وكل جزءٍ من المنظمة يمثل نظاماً فرعياً مساعداً، يرتبط بنظام أكبر داخلياً وخارجياً. فالمدير العام للمنظمة هو جزء من النظام الكلي للمنظمة، ومع ذلك تربطه علاقات مع نظام خارجي آخر هو الحكومة مثلاً. وفي نفس الوقت فإن المنظمة ذاتها تعتبر نظاماً فرعياً تابعاً لنظام المؤسسات الخاص بالمجتمع الذي توجه فيه. وكما أن للأجزاء المكونة للمنظمة أهدافها الخاصة بها، فإن للمنظمة ككل أهدافها أيضاً، ونفس الشيء يقال عن المجتمع الذي توجد فيه المنظمة.

إن مفهوم النظم بالمعنى السابق يؤكد على الطبيعة الديناميكية للمنظمة، بمعنى أن

كل مدير لا يعمل منعزلاً عن المنظمة ككل، بل باعتباره جزءاً من كل. وبنفس المنطق، فإن وظائف الإدارة الخمس تمثل نظاماً فيما بينها. وهذا يعني أن تلك الوظائف متداخلة ويؤثر بعضها في البعض الآخر سلباً أو إيجاباً.

منهجية النظم الإدارية

تعتمد هذه المنهجية الفكرية على مبادئ النظم واستخدامها في العمل الإداري ـ مع ما يرافق هذا من نظرةٍ شاملة للمؤسسة ومداخلها ومخارجها وأهدافها والمعلومات الارتجاعية والبنية وهي مقومّات النظام الإداري.

مدرسة الإدارة الموقفية Contingency Management School

تعتبر هذه المدرسة من المدارس الحديثة نسبياً للإدارة، ويهتم أنصارها بالارتباط القوي والعلاقة الوثيقة بين التصرفات الإدارية وبين الخصائص المعينة للموقف الذي تتم فيه هذه التصرفات. فالإدارة ينبغي أن تتلاءم مع بيئتها. وأي تصرف من تصرفات الإدارة ـ أياً كان ـ يتشكّل حسب المتغيرات المعينة أو العوامل الخاصة بالموقف المعين. ويعني هذا من الناحية العملية أن المدير الفعال هو الذي يشكل أعماله وتصرفاته لتتلاءم وتتماشى مع الموقف المعين بكامله. هذا، مع الاعتراف بمدى تعقُّد الإدارة الحديثة ـ لأنه من النادر أن نجد طريقة واحدة للاتصال أو أسلوباً واحداً للقيادة يعطي نفس النتائج في كل حالةٍ أو موقف. ومن ثم فإن النجاح في الفن الإداري يتوقف على مدى ملاءمة التصرفات للموقف البيئي المحتمل.

وبالرغم من حداثة هذه المدرسة إلا أن فكرة أخذ المتغيرات البيئية التي تؤثر على الإدارة في الحسبان ليست بالفكرة الجديدة. فهذا النوع من الإدارة معروف من قبل في الدوائر العسكرية حيث كانت توضع خطط متنوعة لمواجهة مواقف مختلفة يتوقع حدوثها. وتحت ظروف معينة تتبع خطة ما، وإذا اختلفت الظروف فإن خطة أخرى ستستخدم.

الإدارة بواسطة الأهداف Management by Objectives

نادى المفكر "دراكير" في أواخر خمسينيات القرن الماضي باعتماد مبدأ الإدارة وفق أهدافٍ محدَّدة ومتعدِّدة لا تكون مقتصرةً على مبدأ الربح والإنتاج المادي فقط، وهذا يتطلّب التشاور والتنسيق بين الإدارة وفريق العمال وتحديد الأهداف وتوزيع المسؤوليات وتوضيح عطاء كل فردٍ للمؤسسة. وفي ستينيات وسبعينات القرن

الماضي، انقلب هذا الاتجاه عندما نزل العمّال إلى الشوارع، وعمَّت الفوضى معمل سيارات فيات في تورينو وفرنسا بسبب ثورة العمال واحتلال المصانع. ولم تكن التطوُّرات مأساوية إلى هذا الحد في ألمانيا، غير أن استياء العامة والعمال كان جلياً. وراجت آنذاك عبارة مفادها أن " العمل المجزأ يقتل". فنظام خطوط الإنتاج كان قد بلغ حدوده، وجف احتياطي إنتاجيته.

ظهور الفكر الإداري الحديث

منذ فايول وتايلور لا تزال الجهود تبذل بشكل متزايد لوضع نظرية للإدارة تتميز بالعمومية في التطبيق. وبالرغم من استحالة تعداد كل الإسهامات الهامة في نظرية الإدارة، إلا أنه يمكننا الإشارة إلى بعض أهم هذه الإسهامات.

إسهامات مديري الإدارة العامة Public Administrators

لقد شجعت حركة الإدارة العلمية عدداً من الباحثين على محاولة رفع الكفاءة في الحكومة عن طريق تحسين أداء العاملين وعن طريق الإدارة الأفضل. وفي سبيل الوصول إلى الكفاءة وتحقيق الوفورات، وجُّه هؤلاء المهتمّون بالإدارة العامة اهتمامهم نحو التنظيم، والتخطيط، والرقابة بواسطة الميزانيات التقديرية.

وفي هذه المجالات قدم كثير من رجال الإدارة العامة والعلوم السياسية مساهمات رئيسية، ومنهم جاليك Gulick ووايت White وديموك Dimock وسيمون Simon.

إسهام مديري الأعمال Business Managers

لا شك أن أكثر الإسهامات أهمية في ميدان نظرية الإدارة هي إسهامات رجال الأعمال بما في ذلك تايلور وفايول. ومن أهم هذه الكتابات ما يوجد في كتاب " فلسفة الإدارة The Philosophy of Management" الذي كتبه عام 1923 المستشار الصناعي الإنجليزي أوليفر شيلدون Oliver Sheldon. ومثل فايول حاول شيلدون تكوين نظرية للإدارة في مجموعها عن طريق تحديد أغراضها، وتتبع خط نموها، ووضع المبادئ التي تحكم ممارستها. ويرى شيلدون أن الإدارة تنقسم إلى ثلاثة عناصر:

1 ـ تحديد سياسة المشروع وتنسيق وظائفه (الإدارة العامة administration)
2 ـ تنفيذ السياسة واستخدام التنظيم (الإدارة الخاصة proper management)
3 ـ جمع عمل الأفراد أو الجماعات مع الإمكانات الضرورية لتنفيذه (التنظيم organization)

ورغم أن شيلدون اهتم كثيراً بأمور مثل المسؤوليات الاجتماعية للإدارة، واختبر

الميادين الوظيفية للإدارة مثل إدارة الأفراد وإدارة الإنتاج، إلا أن الكثير من مبادئه يماثل مبادئ هنري فايول.

ومن أحسن محاولات رجال الأعمال لوضع إطار عمل منطقي لنظرية التنظيم عمل موني ورايلي Mooney and Reily. ولقد قام هذان الكاتبان بالاستعانة بدروس التاريخ خاصة تلك المتعلقة بالتنظيمات الدينية والعسكرية في جمع عناصر التنظيم في نموذج منطقي من المبادئ والعمليات والنتائج.

وتعتبر كتابات شستر بارنارد Chester I. Barnard من أهم الكتابات وأكثرها تأثيراً في ميدان الإدارة. وتظهر أفكاره في كتابه " وظائف المدير التنفيذي The Functions of the Executive" الذي نشر سنة 1938. وهذه الأفكار تمثل خبرة وتجارب سنواتٍ طويلة أمضاها في ميدان الأعمال كواحدٍ من أنجح الإداريين. وخلال هذه المدة أحسَّ بالحاجة لبعض الأمور الجوهرية التي تتميز بالعمومية لشرح وظيفة المدير ومساعدته على رفع قدرته كإداري. وقد تأثرت أفكار بارنارد إلى حد كبير بأبحاث علماء الاجتماع وإلى حد ما بأبحاث علم النفس. وكتابه كما يشير في مقدمته، ينقسم إلى جزأين: الأول يعالج نظرية التنظيم، أما الثاني فيتناول وظائف المديرين. ونظريته في التنظيم - المتأثرة بالمدخل الاجتماعي، تتحرك من مبادئ التعاون الجماعي إلى مبادئ التنظيم الرسمي. وتستند مبادئه المتعلقة بوظائف المديرين على نظريته في التنظيم، ومن ثم فهي تهتم اهتماماً كبيراً بالقيادة والاتصال. ولقد تناول بارنارد عملية اتخاذ القرارات مع التنبيه إلى ضرورة البحث عن العوامل الاستراتيجية.

ومن ضمن الإسهامات الأخرى لرجال الأعمال ورجال الإدارة المحترفين، ينبغي الإشارة إلى كتابات آلفن براون Alvin Brown، وليندال إيروك Lyndall Urwick، وكذلك أعمال جمعية تقدم الإدارة Society of the Advancement of Management وجمعية الإدارة الأميركية American Management Association. إن حقيقة كون الإسهامات الرئيسية لنظرية الإدارة لوقتنا الحاضر تأتي من أشخاص يمارسون الإدارة بالفعل هو دليل على أهمية هذا الميدان وعلى واقعية مدخله.

إسهامات السلوكيين Behavioralists

خلال ثلاثينيات القرن العشرين زاد الاهتمام بفكرة أن الناس هم أهم عنصر في الإدارة، وأن الأهداف توضع وتحقق عن طريق الأشخاص، ومن ثم فإن المفهوم العام في دراسة الإدارة يجب أن يكون العنصر البشري. فالعامل البشري أكثر أهمية للكفاءة الإنتاجية من العوامل المادية مثل فترات الراحة والإضاءة وحتى النقود. وهذه الاعتبارات كانت موضع اهتمام دراسات " هاوثورن Hawthorne" المشهورة والتي

قام بها آليتون مايو Mayo وفريتز روثلز برجر Roethlis Berger في شركة وسترن إلكتريك الأميركية (1927 ـ 1932). وتعتبر هذه الدراسات بمثابة نقطة تحول في الفكر الإداري، وأصبح هناك اعتقاد قوي بأن إسهامات العلوم السلوكية مثل علم النفس وعلم الاجتماع تعتبر من الضروريات لدراسة الإدارة.

ولقد قام علماء الاجتماع بالمساهمة في فهم بنية التنظيمات، من خلال طريقة دراستهم للجماعات، وللنماذج الثقافية، والتعاون. كما ساهم علماء النفس في جوانب السلوك الرشيد وتأثيره، ومصادر الترغيب والتحفيز وطبيعة القيادة.

إسهامات علماء النظم Systems Scientists

من الإسهامات الرئيسية للإدارة في السنوات الأخيرة إدخال مدخل النظم في مفاهيم الإدارة ونظريتها وممارستها. ويقصد بالنظام مجموعة الأشياء المتصلة أو المتشابكة، والتي تكون وحدة مركبة، أو المجموع المكوَن من أجزاء مرتبة بتناسق طبقاً لترتيب معين أو خطة، ومن ثم فإن منشأة الأعمال أو الحكومة أو أي نوعٍ آخر من المنشآت أو أي قسم داخلها يعتبر نظاماً. كما آن خطط الإدارة تعتبر من النظم وتنطوي على أجزاء مثل الأشخاص والسلطة وتدفق المعلومات والمواد والتسهيلات. وميزة التعامل مع أي مجالٍ من مجالات التحري كنظام هي إمكان رؤية المتغيرات الحرجة والقيود ومدى تداخلها وتشابكها. ولا شك أن مثل هذه الرؤية تعتبر على جانبٍ كبير من الأهمية للإدارة.

وترجع أهمية هذا المدخل الجديد في أنه يجبر الباحثين والممارسين في ميدان الإدارة على أن يكونوا بصفةٍ مستمرة على بيِّنة من أن أي عنصرٍ واحد، أو ظاهرة واحدة، أو مشكلة واحدة يجب معالجتها مع اعتبار ارتباطها وتداخلها مع العناصر الأخرى.

وأخيراً يتبين من هذه الإسهامات المختلفة أن الإدارة ليست بالمجال الخاص فقط بمديري الأعمال، وانها في محاولتها لفهم تصرف الفرد والجماعة تستعين بالمعرفة من ميادين أخرى عديدة. وستتضح لنا هذه الحقيقة بوضوح أكبر عندما ننتقل إلى مناقشة المدارس الرئيسية للإدارة.

الفصل الرابع والعشرون

المبادئ العامة للإدارة

General Principles of Management

يمكننا تعريف الإدارة الصحية على أنها مجموعة المفاهيم والمبادىء والمقومات التي تؤثر وتتفاعل لتوفير وتسيير أمور الرعاية الصحية وذلك في مختلف مجالات الخدمات العلاجية أو الوقائية أو التأهيلية أو التعزيزية ضمن خطةٍ تستطيع الدولة أو المؤسسة توفيرها بكلفةٍ معقولة وبنوعيةٍ مميَّزة.

وتشمل الإدارة الصحية كل ما يرتبط بمقومات النظم الصحية والقوة البشرية التي تعمل في مجالات القطاع الصحي المختلفة، وسبل تمويل هذه الخدمات، والحد من كلفتها، وتقييم فعاليتها وتطوير برمجتها وتخطيطها.

كما تشمل الإدارة الصحية، حسب هذا التعريف سبل تحديد الحاجة للخدمات الصحية، والتخطيط لها وتنفيذها وحسن إدارتها خلال التنفيذ ومراجعة نتائجها والبحوث التي تتعلق بالرعاية الصحية ونظم المعلومات التي من الضروري توفرها لاتخاذ القرارات الرشيدة المناسبة.

يتضمن هذا الفصل مقدمة وتعريفاً بالمديرين والوظائف والنشاطات والأدوار الإدارية ومنظور المدخلات والتحويل والمخرجات.

مقدمة وتعريف

لقد عرفت الإدارة management بطرق مختلفة وأشكال متعددة تبدو مختلفة في الظاهر ولكنها متشابهة في المضمون فقيل إنها حصول الأشياء من خلال الناس، أو إنها عملية الوصول إلى المرامي بالعمل مع الناس ومن خلالهم وباستخدام الموارد الأخرى، وبذلك يكون لها مفهوم متعدد الأبعاد له جذور في عدد من الفروع العلمية مثل الفلسفة والاقتصاد والرياضيات والعلوم الاجتماعية والعلوم السياسية.

كما قيل إنها العملية التي يتم بواسطتها تحويل المُدْخَلات inputs إلى مُخْرَجات outputs، ومن خلال ذلك تكون علماً وفناً؛ علماً لأن لها مبادئ أساسية ومنهجية، وفنّاً بحيث أن المدير الناجح هو الذي يمتلك الموهبة والخبرة بالإضافة إلى العلم.

ويبدو أن التعريف الأكثر شمولية هو أنها العملية المؤلفة من مجموعة من الوظائف والنشاطات التقنية والاجتماعية المتداخلة والمترابطة التي تحدث في وضع تنظيمي معين، وتسعى لتحقيق أهداف محددة من خلال العمل مع الموارد البشرية وباستخدام الموارد المادية، فهي إذن:

- عملية لها مجموعة من الوظائف والنشاطات.
- معنية بتحقيق أهداف محددة.
- تتم من خلال العمل مع الموارد البشرية وباستخدام الموارد المادية المختلفة.
- تحدث في وضع تنظيمي معين.

ومن المفيد هنا أن نميز بين الإدارة management التي يقصد بها المفهوم الشامل الذي يتضمن التدخل بالتخطيط ووضع السياسات، وبين الإدارة التنفيذية administration التي تعني التسيير دون التدخل بالتخطيط ووضع السياسات.

مما سبق يمكننا أن نعرف الإدارة الصحية health management بأنها العملية المؤلفة من مجموعة من الوظائف والنشاطات التقنية والاجتماعية المتداخلة والمترابطة التي تحدث ضمن المؤسسات الصحية وفي إطار النظام الصحي، ومن خلال الموارد المادية والبشرية لهذه المؤسسات وهذا النظام، تسعى لتوفير الخدمات الصحية بمختلف مجالاتها التعزيزية promotional والوقائية preventive والعلاجية therapeutic والتأهيلية rehabilitative، وتقديم أعلى مستوى ممكن من الخدمات الصحية بتكلفة معقولة يتحملها الاقتصاد الوطني ككل، كما يتحملها كل فرد من أفراد المجتمع.

لقد تطورت الإدارة الصحية وأصبحت علماً قائماً بذاته له مفاهيم خاصة وطرق ومنهج، كما اهتمت الإدارة الصحية أيضاً بإيجاد نظم شاملة للبيانات الصحيحة والمعلومات ترتكز عليها العملية الإدارية في استنتاجاتها وقراراتها.

تشمل الإدارة الصحية في ضوء ما سبق سبل تحديد الحاجة للخدمات الصحية والتخطيط لها وتمويلها وتجهيزها وإمدادها بالموارد البشرية اللازمة للتشغيل

وتنفيذها ومراقبة حسن تسيير شؤونها أثناء التنفيذ ومراجعة نتائجها وتقييمها والتغيير عندما تدعو الضرورة لذلك، وكل ذلك مدعوماً ببحوث النظم الصحية ونظم المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات الرشيدة المناسبة.

في البداية، سوف نتعرَّف على وظائف الإدارة ومن ثمَّ نوضح بعض الجوانب التي تتعلق بالمديرين والأدوار الإدارية الموكلة لهم.

وظائف الإدارة

وظائف الإدارة خمس، هي:

- التخطيط
- التنظيم
- اختيار الموظفين
- التوجيه
- المراقبة

التخطيط Planning

ينطوي التخطيط على اختيار الأهداف والسياسات والبرامج والإجراءات وذلك للمنشأة كلها كوحدةٍ أو لأي جزءٍ منظم منها. ولا شك أن التخطيط هو عملية اتخاذ قرارات لأنه ينطوي على الاختيار بين البدائل، وهناك مثلاً السياسات المتعلقة بالسلطة أو الأسعار أو المنافسة، والبرامج الخاصة بالإنتاج أو المراجعة الداخلية أو التمويل، والإجراءات التي تستلزم وسائل محدَّدة لمناولة المنتجات والأشخاص.

ويثار الكثير من الجدل بخصوص من الذي ينبغي أن يقوم بالتخطيط ومتى. وقد بدأ الاهتمام بالتخبط منذ أيام فريدريك تايلور، عندما أخذ بعض الإداريين في التفكير بفصل التخطيط عن الأداء، لكن مثل هذا الفصل يكون غير عملي عندما يرأس المديرون نفس المرؤوسين. في مقابل ذلك، إذا كان التخطيط يحدث كخدمة استشارية للمدير المسؤول عن الأداء فإن مثل هذا الفصل قد يكون فعالاً ومنتجاً. لكن التخطيط ومسؤولية التخطيط لا يمكن فصلها عن الأداء الإداري لأن كل المديرين تقع عليهم مسؤولية التخطيط بغض النظر عن مستواهم الإداري وهل هم في قمة الهيكل التنظيمي أم في وسطه أم في القاع.

مهمة التخطيط

1 ـ التعريف: التخطيط هو وضع تصوُّر مسبق لمسار عمل لتحقيق الهدف. وعلى المشرف أن يقوم بما يلي:

- تحديد الأهداف؛
- تعريف الإجراءات؛
- اختيار أفضل بديل لتنفيذ الهدف.

2 ـ إجراءات التخطيط: يعني وضع أسلوب للعمل يتضمَّن ما يلي:

وضع الأهداف: مثلاً الأهداف الرئيسية والنتائج المرجوة. وهذه الأهداف يجب أن تكون:

- محددة، مثل تخفيض الإنفاق 10%.
- منطقية، يمكن تحقيقها.
- تتماشى مع مجمل الخطة والقواعد والأنظمة والقوانين المتبعة في المؤسسة.

رسم مخطط العمل: مثلاً تقرير ما يلي:

- ما الذي يجب إنجازه؟
- كيف يجب إنجازه؟
- أين يجب إنجازه؟
- متى يتم إنجازه؟

تعيين المسؤوليات، هنا يجب أن تقرر ما هي المهارات المطلوبة للقيام بهذه الأعمال بطريقة مجدية.

3 ـ بعض العوامل الأخرى التي تساعد على التخطيط الصحيح:

- صحة ومنطقية الأحكام judgment، يجب أن تكون الخطة مبنية على أسس صحيحة؛
- يجب أن تكون الأهداف واضحة؛
- يجب أن يكون التواصل مع الآخرين مجدياً للحصول على الدعم والمشورة والمساعدة الضرورية؛
- يجب أن يكون للمخطط هامش للخطأ margin of error؛
- يجب أن يكون للمخطط رؤية واضحة عن الوظيفة ـ وهذا يتطلب معرفة مهارات

وقدرات فريق العمل والإجراءات والأدوات المطلوبة ـ وتكون له القدرة على إعطاء التعليمات الواضحة والصحيحة.

4 ـ نتائج عدم التخطيط أو النقص فيه:

- نقص في المواد والأدوات؛
- منتوجات متدنية؛
- إضاعة الوقت والمواد؛
- تكرار العمل مرتين؛
- استعمال وقت إضافي غير ضروري؛
- الشعور بالخيبة؛
- زيادة حوادث العمل.

ميزات التخطيط:

- يضع أسلوباً منطقياً للعمل؛
- يضع رقابة على العمل؛
- يساعد في التعديلات بسرعة حين حصول الغلط؛
- يُظهر الأغلاط على الورق أولاً؛
- يعطي فرصة للتغيير؛
- يعوض أو يستبدل التفكير المشوش؛
- يساعد على التنسيق بين الدوائر المختلفة؛
- يخفض الشعور بالخيبة.

بعض أساليب التخطيط:

- تخطيط على الورق أولاً؛
- مخطط غانت Gantt chart.
- تقنية تقييم البرامج ومراجعتها (PERT) إلخ...

التنظيم Organizing

ينطوي التنظيم على إنشاء هيكل مقصود للأدوار عن طريق تمييز وتحديد الأنشطة اللازمة لتحقيق أهداف المنشأة وكل جزء منها، وتجميع هذه الأنشطة وتخصيص مديرٍ

لكل مجموعة من هذه الأنشطة، وتفويض السلطة للقيام بهذه الأنشطة، وتوفير تنسيق علاقات السلطة أفقياً ورأسياً في الهيكل التنظيمي. وأحياناً يشار إلى هذه العوامل السابقة كلها باصطلاح " الهيكل التنظيمي". وعلى كل حال فإن مجموع هذه الأنشطة وعلاقات السلطة هو وظيفة التنظيم.

على المشرف:

- وضع لائحة بالنشاطات الواجب اتباعها لتحقيق الهدف؛
- تجميع النشاطات وتحديد العدد الكافي من الوظائف للقيام بهذه النشاطات مع تحديد المسؤوليات؛
- الحفاظ على التنسيق بين هذه النشاطات؛

الهيكل التنظيمي

إن الهيكل التنظيمي ليس نهاية في حد ذاته، بل أداة لتحقيق أهداف المنشأة. ويساهم التنظيم الكفء في نجاح المنشأة، ولهذا السبب يعتبر تطبيق مبادئ التنظيم على جانب كبير من الأهمية.

بالإمكان تحديد أساس الهيكل التنظيمي وفقاً لجميع الأعمال في وحدات إدارية فيكون التجميع حسب:

- الوظيفة function؛
- نوعية المنتجات product؛
- الموقع location؛
- مرحلة العمل stage of production؛
- وقت أداء العمل shifts؛
- التعامل مع العملاء والزبائن dealership؛

مهمة التنظيم

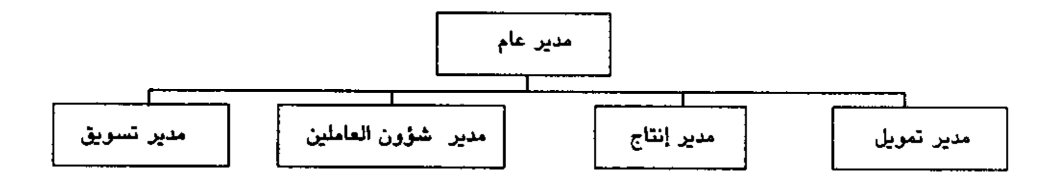
التنظيم هو العملية التي تحتوي على خطة الأعمال والنشاطات المحددة والمنظمة في مجموعات في البنية أو التركيبة organizational structure المحددة، وهنا تصبح الخطة رسمية. والخطة المكتوبة لكل عمل تتيح الفرصة لتحديد السلطة والمسؤوليات التي يتطلبها كل عمل، ودور التواصل الذي يرافق كل مركز.

إن العملية تتطلب الآتي

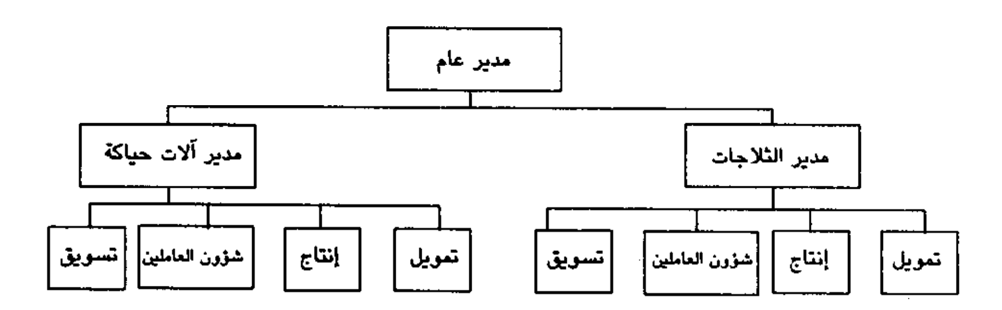
- وضع لائحة بعدد النشاطات اللازمة للوصول إلى الهدف.

تجميع الأعمال في وحدات إدارية مختصة

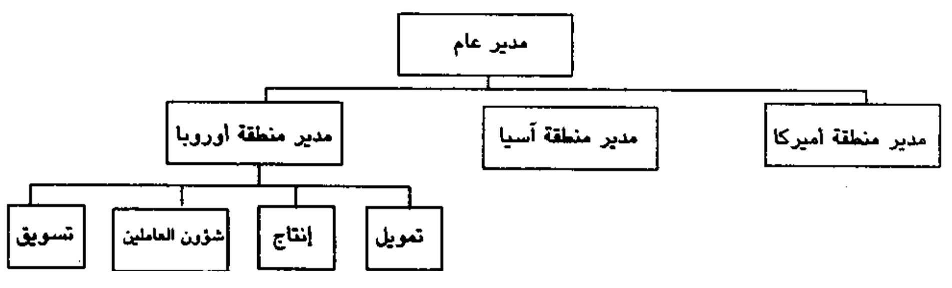
1 ـ حسب الوظيفة (Functional)



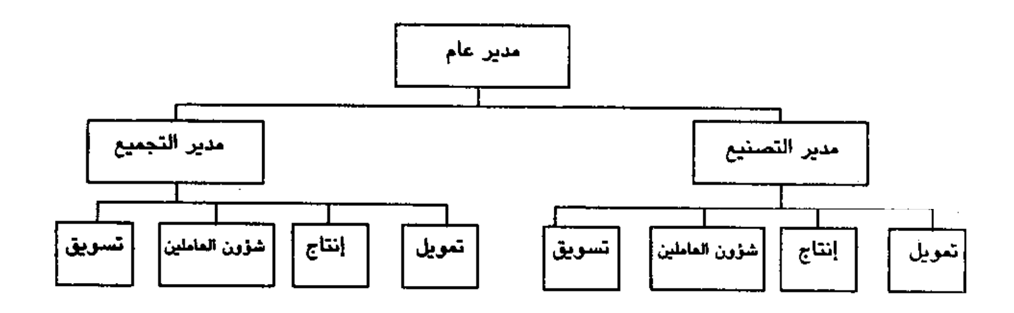
2 ـ حسب المنتجات (by Product)



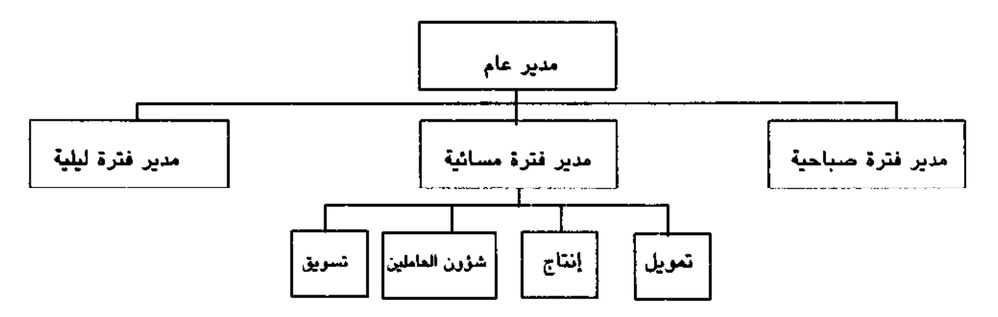
3 ـ حسب الموقع (Geographic Location)



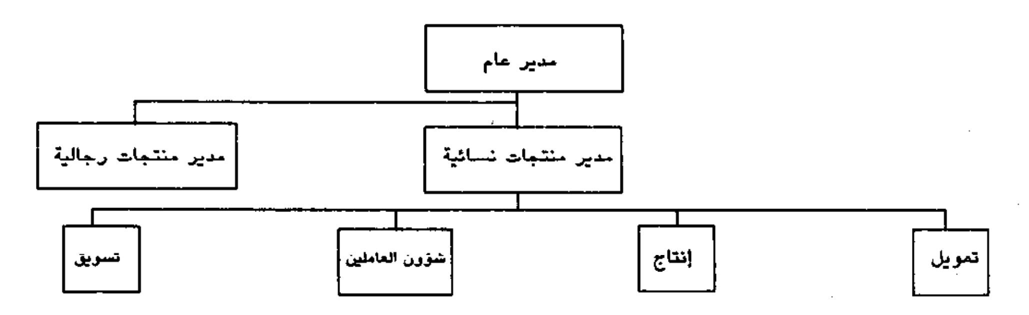
4 ـ حسب المرحلة (Stage of Production)



5 ـ حسب الوقت (Shifts of Time)



6 ـ حسب العملاء (Dealership)



- تجميع النشاطات وتعيين الموظفين المسؤولين لكل نشاط مع تحديد المسؤوليات والصلاحيات.
- تأكيد التنسيق بين النشاطات المختلفة.

من هذا المنطلق، تُعيَّن النشاطات المحددة للموظفين الملائمين، وتُطلب المواد والآلات اللازمة والمخصصات المالية أيضاً. إضافة إلى ذلك، تفترض المهمة التنظيمية القيام بالمهام التالية:

- يعين لكل عمل الشخص الكفوء الذي يمكنه القيام بهذا العمل ومتابعته؛
- استعمال أفضل الأدوات والأجهزة والمواد الأولية؛
- دقة في حفظ السجلات؛
- القيام بتحسينات في طرق العمل؛
- المساعي الفاعلة لخفض الإنفاق.

وتتطلَّب عملية التنظيم اتباع أسلوب نظامي مفصل وإجراء طريقة التدرُّج الخطوة خطوة.

الخطوة الأولى: توضع أهداف العمل لكل نشاطٍ على حدة.

الخطوة الثانية : يجزأ العمل إلى خطواتٍ مفصلة لكي يمكن القيام بها بمهارة كما تعدد الأعمال الضرورية للوصول إلى الأهداف المرجوة.

الخطوة الثالثة: تجمع النشاطات المتشابهة بحيث تسهل إدارتها، وينبغي أن لا يكون عدد النشاطات كبيراً بحيث يصعب إدارته، كما يجب ألاّ يكون صغيراً حتى لا تضيع قدرات المدير.

الخطوة الرابعة: التعريف بدقة للأعمال والمسؤوليات (الواجبات الضرورية الواجب القيام بها للحصول على النتائج المرجوة) التي تشملها الوظيفة.

الخطوة الخامسة : تحضير لائحة بالموارد المتوفرة لكل وظيفة، المال، المواد الأولية، الأدوات، الماكينات، مساحة العمل، الخ...

الخطوة السادسة: التحديد الدقيق لدرجة الصلاحيات التي تتطلبها الوظيفة، الصلاحية لاتخاذ القرارات: الوظائف المحددة التي يمكن للمدير فرض سلطته عليها وإدارة عمل الموظفين، وطبيعة الصلاحية ومداها.

الخطوة السابعة: تحديد العلاقة بين الوظائف لأن هذه العلاقة تؤثر على الموارد والصلاحيات.

الخطوة الثامنة: تقدير عدد الوظائف المطلوبة لإدارة أعمال المؤسسة كما هي حالياً. وعند التنظيم يجب أن يكون العدد تقريبياً ويؤخذ في الاعتبار إمكانية إدارة العمل المحدد بجدارة.

الخطوة التاسعة: وضع وصف مكتوب لكل وظيفة يحدد الأعمال والواجبات والمواد الأولية والمسؤوليات والصلاحيات والحالات والعلاقات لكل وظيفة.

الخطوة العاشرة: وضع هيكل بياني يشرح الصلاحيات والعلاقات بين مختلف الوظائف.

التوظيف Staffing

يقصد بالتوظيف تنمية الهيئة الإدارية، أي وضع الإداريين في المراكز المختلفة التي يبينها هيكل التنظيم. وبناء على ذلك تستلزم هذه الوظيفة بالضرورة تحديد المواصفات والمستلزمات اللازمة لكل من يتولى مركزاً معيناً، مع تقييم المرشحين، واختيارهم، وتدريبهم... الخ، مع تقديم الحوافز لضمان فاعلية الأداء.

مهمة التوظيف

ملء المؤسسة بالموظفين والمشرفين ذوي الكفاءات التي تتناسب مع الوظائف المحدَّدة.

ولنا عودة إلى التوظيف فيما بعد عند دراسة إدارة الموارد البشرية.

التوجيه Directing

ينطوي التوجيه على الأنشطة المتعلقة بإرشاد المرؤوسين والإشراف.

مهمة التوجيه

الإدارة هي توجيه المرؤوسين من خلال إعطاء تعليمات ونصائح وحوافز حتى يؤدوا مهامهم بما يضمن تحقيق أهداف المؤسسة.

يتولى المشرف مهمة توجيه المرؤوسين وتدريبهم وتحفيزهم وإعطائهم المشورة، فلا يكفي المشرف أن يخطط وينظم ويدير ما يكفي من المستخدمين، بل عليه أن يحثهم على القيام بعملهم. ولهذا فإن التوجيه يتطلَّب وقتاً طويلاً وهو عملية يومية ترتبط بها جميع عمليات الإشراف على العمل.

وعلى من يدير العمل أن يعي تماماً ما يحمِّس الناس من خلال تشجيع التواصل الثنائي، فلا يملي على الموظفين ما عليهم القيام به فحسب، بل يصغي كذلك إلى أفكارهم وتطلعاتهم.

ولعل الهدف الأساسي للمشرف هو تحفيز المستخدمين للقيام بمهمتهم طوعاً وبحماس، فالتخطيط والتنظيم في حد ذاتهما لا يؤديان إلى إتمام العمل، إنما من الضروري توجيه المرؤوسين عند تنفيذهم للأعمال. وبالرغم من أن مفهوم التوجيه بسيط للغاية إلا أن أساليب التوجيه قد تكون على قدرٍ كبير من التعقيد، وينبغي على الرئيس الأعلى أن يغرس في مرؤوسيه فهماً عميقاً وتقديراً لمفاهيم المنشأة، وتاريخها، وأهدافها، وسياساتها. كما ينبغي على المرؤوسين معرفة هيكل التنظيم والعلاقات الداخلية بين الأنشطة والشخصيات، وواجباتهم وسلطاتهم، ومتى عرف المرؤوسون هذه الأمور، تقع على الرئيس مسؤولية مستمرة تتعلق بتوضيح مهام المرؤوسين وإرشادهم نحو الأداء الأفضل، وتحفيزهم للعمل بحماسٍ وثقة.

أما أساليب وطرق التوجيه التي يمكن للمدير استخدامها فهي عديدة ومتنوعة، والتوجيه السليم الناجح يستلزم الإلمام بكل الأساليب البديلة، مع القدرة على استخدام الأسلوب الصحيح في الوقت الصحيح بالطريقة الصحيحة.

أما نتيجة التوجيه الناجح للمرؤوسين فهي تنمية أشخاص على جانبٍ من المعرفة ومدرَّبين تدريباً جيداً ويقومون بعملهم بكفاءة لتحقيق أهداف المنشأة.

الرقابة Controlling

تنطوي وظيفة الرقابة على تلك الأنشطة التي تصمم لكي تجبر الأحداث على التماشي مع الخطط الموضوعة. ومن ثم فهي تقيس الأداء، وتصحِّح الانحرافات السلبية، وتؤكد تحقيق الخطط. وبالرغم من أن التخطيط يجب أن يسبق الرقابة، إلا أن الخطط وحدها لا تكفي لأنها لا يمكن أن تتحقَّق ذاتياً. فالخطط ترشد المدير إلى الاستخدام الزمني للموارد بغرض تحقيق أهداف محدَّدة، وبعد ذلك يتم اختبار ومراجعة الأنشطة لتحديد مدى إتفاقها مع العمل المخطط، أي أن الأداء الفعلي يُقيَّم عن طريق مقارنة النتيجة بالمعيار السابق وضعه.

ويتكون العمل التصحيحي من أحد أو كل الأمور الآتية : تغيير وسيلة الأداء لواحدٍ أو أكثر من أفراد الجماعة، إعادة توزيع الواجبات، تعديل السلطات المفوضة، تغيير الخطة الإدارية، تعديل الاهداف.

بالإمكان تفصيل وسائل الرقابة في المؤسسات على النحو التالي:

- الحفاظ على مستوى معيَّن من الأداء، من خلال مراقبة برامج الإنتاج، والإجراءات الكتابية، وإرشادات السلامة، والتقارير الدورية.
- الحفاظ على ممتلكات المؤسسة والوقاية من الهدر وسوء الاستعمال من خلال ضبط الميزانية والحفاظ على السجلات، والتدقيق في الكلفة، وتقسيم المسؤوليات ورقابة المخازن.
- الحفاظ على الجودة وضمانها من خلال تدريب الموظفين، وإدارة برامج النوعية، وأنظمة الصيانة والتفتيش.
- الحفاظ على الإدارة والصلاحيات من خلال وصف الوظائف، والقواعد والنظم والمحاسبة.
- الحفاظ على الأداء من خلال تقييم الأداء الفعلي، وسجلات الدوام، وتقارير المشرفين والزيارات والإبداع والجدارة في العمل..
- الحفاظ على المخزون من خلال نظم التخزين وتقارير استهلاك المواد وتوزيعها.

عملية الإدارة

تكوّن هذه الوظائف الخمس الحيوية للإدارة، وهي التخطيط والتنظيم والتشكيل والتوجيه والرقابة، عملية الإدارة. فهذه الوظائف هي الوسائل التي يتمكن المدير بواسطتها أن يدير، كما أنها العلامات المميزة بين المدير وغير المدير.

بعض أنواع الرقابة
الرقابة المسبقة: وصف الوظيفة مقاييس الأداء **الرقابة اللاحقة :** تقييم الأداء نقاط الاتصال (الموازنة) جدول الغياب جداول الورديات **الرقابة الشخصية:** تواجد المدير سياسة الباب المفتوح زيارات للمكاتب الرقابة بالتكنولوجيا الحديثة (من بُعد) **الرقابة الذاتية:** الإنسان المناسب في المكان المناسب

ويمكن تلخيص الوظائف الحيوية للإدارة في الآتي:

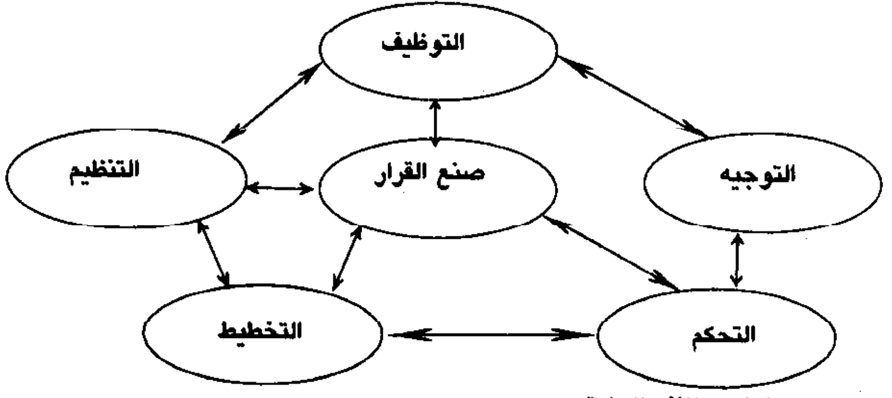
تخطيط: لتحديد الأهداف وسبل العمل الواجب اتباعها.

تنظيم: لتوزيع العمل بين الجماعة ولتحديد السلطة اللازمة.

تشكيل: لتنمية الهيئة الإدارية.

توجيه: لدفع أعضاء الجماعة للقيام بمهامهم السابق تحديدها بحماس وثقة.

رقابة: الأنشطة لكي تساير الخطط الموضوعة.



العلاقات المتداخلة لوظائف الإدارة

العلاقات المتداخلة بين الوظائف

قد يفهم البعض أن وظائف الإدارة منفصلة عن بعضها البعض، لكن هذا ليس صحيحاً دائماً، فالوظائف الجوهرية للإدارة متشابكة ومتداخلة. وهذه الوظائف لا تحدث بترتيب معين، في الحياة العملية، ولكنها تحدث بالترتيب الذي يتطلبه الموقف المعين. فعند إنشاء منشأة جديدة من المحتمل أن تتم هذه الوظائف بالترتيب السابق، لكن بالنسبة للمنشأة القائمة بالفعل والمستمرة في العمل، فإن المدير قد يقوم بجميع هذه الوظائف في نفس الوقت أو بترتيب مختلف، فمثلاً قد يقوم في وقت معين بالرقابة ثم يتبعها بالتوجيه ثم التخطيط.

ويقوم كل المديرين في كل المستويات بأداء كل الوظائف الإدارية الخمس. ولكننا نلاحظ، بصفةٍ عامة، أن وظائف التخطيط والتنظيم والتشكيل تكون نسبياً ذات أهمية أكبر من مستوى الإدارة العليا، بينما تسود وظيفتا التوجيه والرقابة نسبياً في مستوى الإدارة السفلى.

ويمكن تقسيم الوظائف الرئيسية للإدارة إلى مجموعتين: الأولى مجموعة الوظائف السابقة للتنفيذ وتتكوَّن من وظائف التخطيط والتنظيم والتشكيل، وتعمل هذه الوظائف على تحضير الجهود وإقامة إطار العمل. أما المجموعة الثانية فهي المتعلقة بالتنفيذ وتتكوَّن من التوجيه والرقابة، وهما الوظيفتان اللتان تعملان على دفع الأعمال المادية اللازمة لتحقيق الهدف بواسطة جهود الآخرين، أي أنهما تقدمان القوى المحركة الضرورية. وفي المرحلة الثانية، قد يكون من الضروري في بعض الأحيان إجراء تعديلات في وظائف قبل التنفيذ. أي بعبارةٍ أخرى، لا يتوقف نشاط التخطيط والتنظيم والتشكيل عندما يبدأ التوجيه والرقابة.

وباستخدام مدخل عملية الإدارة الذي انتهينا تواً من وصفه يمكننا تقديم التعريف الشامل الآتي للإدارة. فالإدارة هي عملية متميزة تتكون من التخطيط والتنظيم والتشكيل والتوجيه والرقابة، وتؤدي لتحديد وتحقيق الأهداف.

عمومية عملية الإدارة

تعتبر الوظائف الجوهرية للتخطيط والتنظيم والتشكيل والتوجيه والرقابة أساسية، ويقوم المدير بأدائها بغض النظر عن نوع المنشأة أو نوع النشاط الرئيسي أو المكان الذي يحتله المدير في الهيكل التنظيمي. فرؤساء مجالس الإدارات ومديري الإدارات ورؤساء الأقسام ورؤساء العمال ومديري المصالح الحكومية وعمداء الكليات كلهم بصفتهم يحتلون مراكز إدارية ويؤدون الشيء نفسه من الناحية الإدارية. فهم كرجال إدارة ينشغلون جميعاً، جزئياً على الأقل، في تنفيذ الأعمال بواسطة الآخرين. وكمدير فإن كل واحد منهم يجب، في وقت أو آخر، أن يقوم

بكل الواجبات التي تميز عمل المديرين. وهذا هو مبدأ عمومية الوظائف الإدارية أو عمومية عملية الإدارة.

ولهذا المبدأ عدة تطبيقات، ففي المكان الأول، يعني هذا المبدأ أن أي شيء له أهميته يقال بخصوص وظائف أحد المديرين ينطبق على كل المديرين. وبناء على ذلك أصبح من الممكن الآن تنمية نظرية للإدارة يمكن تطبيقها على كل المديرين في كل الأعمال.

وفي المكان الثاني، يعني المبدأ ضمنياً أن المعرفة والخبرة الإدارية يمكن نقلها من قسم إلى آخر ومن منشأة إلى أخرى. ومدير الشركة التجارية يمكن نقله إلى شركة صناعية. فإلى المدى الذي تكون فيه مهامهم إدارية وليست فنية، فإن المديرين يمكنهم استخدام مهارتهم في أي مركزٍ إداري يحتلونه. فالعملية الإدارية تتكون من مجموعةٍ من المعرفة التي يمكن إيصالها من شخصٍ لآخر - وهذه المعرفة تستخدم بنجاح بواسطة المدير الحكومي أو القائد العسكري أو رجال الأعمال، سواء كان في إفريقيا أو آسيا أو أوروبا أو أميركا.

وهناك العديد من الأدلة التي توضح أن هذه الوظائف الإدارية يمكن تطبيقها بفاعلية بواسطة نفس المديرين في المنشآت المختلفة. فهناك مدير الشركة التجارية الذي انتقل ليدير بنجاح شركة صناعية، أو ما نراه من الاستخدام الناجح لمديري منشآت الأعمال لرئاسة بعض الهيئات الحكومية. ولا شك أن استخدام مثل هؤلاء المديرين ليس سببه معرفتهم للنشاط الحكومي، لكن لمقدرتهم على التطبيق الفعال للوظائف الإدارية الجوهرية.

نشاطات الإدارة في المستوى الأعلى
Senior Management Activities

هناك ثلاث مجموعات من النشاطات عند مديري المستوى الأعلى، هي: الإدارة الداخلية internal management وترصد المحيط environmental surveillance والعلاقات الخارجية external relations.

تتعلق نشاطات الإدارة الداخلية بإدارة العمليات الداخلية والمحافظة عليها. وفي ترصد المحيط تتم مراقبة ومسح المحيط الخارجي للمنظمة لتقييم التغيرات وتأثيراتها. أما فيما يتعلق بنشاطات العلاقات الخارجية فيشارك المديرون من أجل الوصول إلى الغرض العام في المحافظة على العلاقة مع الأشخاص والمنظمات وثيقي الصلة بعمليات المنظمة في الحاضر والمستقبل.

على سبيل المثال، تصنّف نشاطات الإدارة الداخلية تحت وظائف العملية الإدارية المذكورة سابقاً وهي: التخطيط والتنظيم والتوظيف والتوجيه والتحكم. وعند مراجعة هذه النشاطات نجد أن مديري المستوى الأعلى يشاركون في صنع القرار في كل من

هذه الوظائف. وفي ترصد المحيط يتم تحديد أفعال المنظمات الأخرى في نفس المنطقة، وتفسير كيفية تأثير الاتجاهات التشريعية على المنظمة. أما في مجال العلاقات الخارجية فيتم التعامل مع قادة المجتمع في الأمور التي تتعلق بالمنظمة.

الأدوار الإدارية Managerial Roles

يقوم المديرون بنشاطات إدارية أخرى تؤثر على إنجاز العمل وتحقيق أغراض المنظمة ولا تقع ضمن تصنيف الوظائف السابق بشكل واضح. تسمى هذه النشاطات الأدوار الإدارية، وهي يمكن أن تصنف في ثلاث مجموعات: أدوار بين الأشخاص interpersonal وأدوار إعلامية informational وأدوار في صنع القرار decision-making.

تشمل الأدوار بين الأشخاص: الرئاسة الصورية والتي تعني المشاركة في نشاطات رمزية وممارسة طقوس خاصة مثل التحدث في حفل وافتتاح قسم جديد، كما تشمل الاتصال المتبادل الذي يستخدم فيه الشكل غير الرسمي بالإضافة إلى الشكل الرسمي، لأن العلاقات الشخصية التي يتم تطويرها قد تُسهِّل عملية التنسيق في المستقبل. وهناك أيضاً دور الشخصية المؤثرة التي تقود المرؤوسين لمضاهاة سلوكيات من يمثلها وتبني القيم التي يتمتع بها.

وبالنسبة للأدوار الإعلامية التي يقوم بها المدير فهي أن يكون مراقباً لما يجري في المنظمة وناشراً له، كما يمكن أن يكون ناطقاً باسم هذه المنظمة.

وتتعلق أدوار صنع القرار بكون المدير عامل تبدل في المنظمة، يقوم بتخطيط دقيق، كما أنه المدير للاضطرابات بين الأشخاص interpersonal وداخل الأشخاص intrapersonal، والمخصص للموارد داخل منظمته، والمفاوض باسم المنظمة.

الفصل الخامس والعشرون

المدير والإدارة

دور المدير في الإدارة هو التأكد من إتمام المهام المسندة إليه مع وبواسطة الآخرين على أن يتم ذلك بشكلٍ حسن وبطواعيةٍ من قبل المرؤوسين.

وظائف المدير

إن العمل الشامل للمدير هو أن يخلق داخل المنشأة البيئة التي تسهل تحقيق أهدافها. ولا شك في أن المدير سيتأثر بالبيئة الخارجية التي يجب على المنشأة أن تعمل فيها. وبالنسبة لهذه البيئة الخارجية فإنه لا يملك القوة التي تمكنه من التأثير على الوضع العام، أو على الظروف الاقتصادية، أو العلاقات الدولية. لكن داخل المنشأة، يكون المدير مسؤولاً عن البيئة التي سيعمل فيها مرؤوسوه، ومن ثم فإن المدير القدير يخلق الظروف التي تمكن القيام بالعمل بفاعليةٍ وكفاءة. وبعمله هذا، يخطط المدير عمليات مرؤوسيه، ويختارهم ويدربهم، وينظم علاقات العمل، ويوجه عملهم، ويقيس النتائج الفعلية.

تصنيف وظائف الإدارة

عند تصنيف وظائف الإدارة ينبغي على المرء أن يميز بوضوح بينها وبين وظائف المشروع مثل التسويق والإنتاج والتمويل والتي ينبغي على المنشأة القيام بها لتحقيق أهدافها. وتختلف وظائف المشروع من منشأةٍ لأخرى، لكن وظائف المدير لا تختلف بل هي مشتركة بينهم جميعاً. ومن ثم فإن وظائف الإدارة تعتبر عامة universal ومشتركة لكل نشاط إنساني منظم.

وبالرغم من عدم اتفاق كتب الإدارة على قائمةٍ واحدة لوظائف المدير، إلا أن أكثر القوائم انتشاراً وقبولاً لتصنيف الأنشطة الإدارية هي تلك التي تجمع هذه الأنشطة حول الوظائف الخمس الآتية:

- التخطيط
- التنظيم
- التشكيل
- التوجيه
- الرقابة.

دور المدير

يعتبر المدير المحرِّك الأساسي لنشاط المؤسسة، ويمكن إنجاز مهماته على النحو التالي:

- إيجاد رؤية للمؤسسة
- نقل هذه الرؤية والأهداف إلى جميع الموظفين على مختلف المستويات
- القدرة على تعبئة موظفي المؤسسة للعمل على تحقيق الأهداف المشتركة للمؤسسة
- توقُّع التغييرات والعمل بموجبها
- تمكين الموظفين من القيام بأعمالهم باستقلالية
- التأثير على الموظفين لزيادة الإنتاجية
- التأكد من إتمام المهام المسندة إليه.

الشروط الواجب توفرها في المدير الجيِّد

المعرفة الإدارية: وهي تشمل التخطيط والتنظيم والتوظيف والتوجيه والرقابة.

المهارات الإدارية: وهي تشمل القيادة والاتصال والتحفيز وإدارة الوقت والتفويض والتمكين وفض النزاعات وتدريب وتطوير المرؤوسين وحل المشاكل واتخاذ القرارات وتقبل التغيير والتحسين المستمر وتطوير الذات.

المواقف الإدارية: وهي الاقتناع بالحاجة إلى تنمية علاقاتٍ جيدة مع الآخرين والبحث الدائم عن التحسين، والاهتمام والالتزام بتدريب المرؤوسين، والاهتمام بمساعدة الزملاء، ,الوعي لنواحي الضعف الذاتي والجرأة بالتصريح بها.

الفهم الإداري: قابلية التعليم والتطوير الذاتي، وقابلية فهم ما يشاهد، والانتقال إلى الواقع والاعتماد على الذات وعلى الخبرة.

مميزات القيادة

1 ـ مميزات القادة ذوي الجاذبية

- الثقة بالنفس
- الرؤية نحو واقعٍ أفضل
- القدرة على الإفصاح عن هذه الرؤية
- القدرة على إقناع الغير بالرؤية
- مسلك غير مألوف
- الشعور المرهف تجاه العوامل المحيطة والقدرة على تقويم الوضع.

2 ـ نظرية السلوك 1950 ـ 1970

تركز هذه النظرية على سلوك القائد وليس على ميزاته، وأهم أبعادها ابتكار البنية والاعتبار. إن ابتكار البنية هو السلوك المتعلق بالمهمة الموكولة إليه، وتشمل التصرفات التي تحدد وتبني دوره ودور المرؤوسين في السعي للوصول إلى الأهداف المرجوة للمؤسسة. أما الاعتبار الرئيسي فهو السلوك الذي يدل على الثقة المتبادلة واحترام أفكار المساعدين ومراعاة شعورهم. ويدعو الاعتبار الرئيسي إلى مساعدة المرؤوسين في حل مشاكلهم ومواجهة الصعوبات وقبول اقتراحاتهم أو مناقشتها، ومعاملتهم بشكلٍ مرضٍ على حدٍ سواء، والدفاع عنهم إذا اقتضى الأمر.

3 ـ الشبكة الإدارية Managerial Grid

أفقياً: الاهتمام بالإنتاجية

عمودياً: الاهتمام بالناس

4 ـ القيادة الظرفية Situation Leadership

ثمة أربعة أساليب في اتخاذ القرار بين المدير والمرؤوسين:

- إصدار الأمر إلى المجموعة والطلب منها العمل به والأخذ به والتبليغ عنه
- دعوة المجموعة إلى تبني القرار
- مشاركة المجموعة في اتخاذ القرار
- التفويض delegation إلى المجموعة لاتخاذ القرار

إصدار الأمر إلى المرؤوسين (المجموعة) والطلب منهم العمل به: يؤخذ به في حال عدم وجود القدرة ولا الاستعداد لدى المرؤوسين.

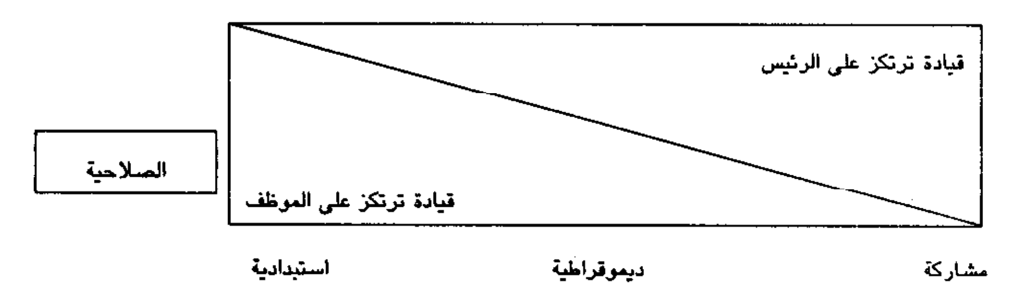
دعوة المجموعة أو المرؤوسين إلى تبني القرار: يؤخذ بهذا الأسلوب مع المرؤوسين المستعدين للتنفيذ لكن غير القادرين على إتمام العمل.

المشاركة: يؤخذ بهذا الأسلوب عند وجود القدرة لدى المرؤوسين إلا أنهم بحاجة لدعمٍ معنوي.

التفويض: يعمل به في حال تواجد مرؤوسين قادرين ومستعدين.

إن أسلوب القيادة يعتمد على ميزات المدير وميزات المرؤوسين وميزات الوضع العام.

تواصل أسلوب القيادة



أنماط الإدارة

ارتبطت أنماط الإدارة والصفات المطلوبة من المدير بالعديد من المفاهيم، منها الاجتماعية ومنها التاريخية، والبعض منها أسطورية، والواقع أن أنماط الإدارة هي نتيجة عدة عوامل تتفاعل بين المدير نفسه، ومعاونيه ومرؤوسيه والمؤسسة التي يعمل بها.

ويمكننا تحديد مصادر قوة ونفوذ المدير بالعوامل التالية:

1 ـ القوة النابعة من خصائص المدير نفسه

تتبنى هذه النظرية المقولة بأن للمدير صفات ذاتية هي سبب نفوذه مثل الذكاء والعلم والاقتناع بمقدرته، وحجمه أحياناً، وهو يستطيع من خلال ذلك التكيُّف مع الأوضاع والتطوُّرات ـ وتكون أهدافه مرتبطة بطلب القوة والنفوذ لذاته.

2 ـ القوة النابعة من علاقة المدير بالآخرين

يكون نفوذ المدير مرتبطاً بكيفية تعامله مع مرؤوسيه وأسلوبه في معاملتهم، فقد يكون من نوعية الذين يبنون علاقتهم على الثقة بالموظفين أو على العكس تماماً بالشك فيهم، وقد يكون من نوعية من ينوي الاستفادة منهم أو ممن يدعو إلى التشاور معهم.

3ـ القوة النابعة من مركز المدير

تكمن عناصر هذه القوة من نفوذ مركز المدير وليس من صفاته أو علاقاته، فهو يستطيع أن يستعمل تارة النفوذ الإداري لتحقيق أهداف المؤسسة، وطوراً الحوافز لتشجيع المرؤوسين، وتارة أخرى الشدة في التعاطي معهم.

4ـ القوة النابعة من مراكز القوى

يستطيع المدير استمداد نفوذه من خلال تعاطيه مع مراكز القوى في المؤسسة. وقد تكون لهذه القوى ارتباطات سياسية أو مذهبية أو أمنية.

وبالطبع يمكن للمدير أن يتبنى نمطاً من الإدارة هو خليط أو مزيج من هذه القوى كي يحقق أهداف المؤسسة التي يتولى إدارتها. ومن الواضح أن نمط الإدارة المتَّبع هو بالواقع نتيجة تفاعلاتٍ بين أطراف ثلاثة، هي:

أولاً: المؤثرات على المدير نفسه

وهي قناعته الشخصية ومبادئه وأسلوب العمل لديه وثقته بمرؤوسيه وبنفسه أيضاً واستعداده لتقبُّل أي تقلّبات في العمل.

ثانياً: المؤثرات في المرؤوسين

وهي شخصيتهم وحاجتهم إلى بعض الاستقلالية في العمل واستعدادهم لتحمُّل المسؤوليات، واهتمامهم بشؤون العمل وأوضاع المؤسسة ورغبتهم في العمل الدؤوب وخبرتهم وعلمهم.

ثالثاً: المؤثرات في مجال العمل نفسه

وهي نوعية المؤسسة وتقاليدها، وعدد الموظفين فيها أو حجمها، وترابط العمال فيها وصعوبة العمل ونوعية الحوافز والماهيات التي توفرها المؤسسة.

متطلبات الإدارة

تتطلّب الإدارة أنواعاً مختلفة من المهارات حسب نوعية العمل في المؤسسة ومرتبة المدير والأعمال المنوطة به، وهذه المهارات هي:

أولاً: مهارات تقنية

هي تنحصر عادة في استعمال الأدوات والأجهزة، وهي أكثر أهمية في مجال العمل الفني والتقني والعملي.

ثانياً: مهارات إنسانية

وهي مهارات التعاطي مع الأفراد والجماعات لتوحيد جهودهم وتركيزها للوصول إلى أهداف المؤسسة، وهي عادة مهارات ضرورية في مجال الإشراف أكثر مما هي في مجال العمل نفسه.

ثالثاً: مهارات فكرية

وهي ضرورية في الرتب العليا للإدارة لتفهُّم أوضاع المؤسسة ككل، والتنسيق بين كافة إداراتها وأقسامها.

ومن المستحسن طبعاً أن تكون للمدير مهارات في الأنواع الثلاثة المذكورة سابقاً كي يستطيع إدارة المؤسسة على النحو الأمثل.

الفصل السادس والعشرون

نظرية الحوافز

Motives and Incentives

تزامنت هذه المدارس الفكرية مع تيارات فكرية ناتجة عن بحوثٍ علمية في ميدان علم النفس والاجتماع وتركزت على سبل حث الفرد على العمل والإنتاج ـ إذ إن لكل فردٍ ما يدفعه إلى العمل وإلى الارتباط بالمؤسسة التي يعمل بها.

كانت النظرية السائدة قبيل علم السلوكيات الذي تطوَّر بعيد الحرب العالمية الثانية هي أن الفرد لا يعمل أو لا يجدُّ في عمله أو وظيفته إلا إذا توافرت عوامل الضبط والتحكُّم والإشراف على جودة إنتاجه. والعامل، حسب هذه النظرية، يكره الوظيفة أو العمل، وهو بنظره أمر مكروه لا بدَّ من القيام به لأسبابٍ اقتصادية ومالية بحتة تتعلق بتحصيل قوت يومه. وقد بنت المدرسة العلمية نظريتها على هذه الأسس ونادت بزيادة إنتاجية العامل من خلال تقديم حوافز مادية له ـ إذ إن المال هو الحافز الفعال دون غيره، وهو المحرِّك الأول والأهم حسب هذه المدرسة الفكرية.

وبعد الحرب العالمية الثانية قامت تيارات فكرية درست سبل تحديد الحوافز ونوعيتها، وكان أول من بحث هذه الأمور المفكر "مازلو" الذي بنى نظريته على الأسس التالية:

- إن الأفراد هم دائماً في حالةٍ يحتاجون فيها إلى حوافز.
- إن هذه الحوافز قلما تصل بالفرد إلى الرضى أو القناعة التامة.
- إن متطلبات الفرد وتطوّرها وتغيُّرها هي الوضع الطبيعي له.

وهناك سلَّم واضح لاحتياجات الفرد، هي:

- الحاجات الفيزيولوجية (كالطعام والشراب)؛
- الحاجات الأمنية والسلامة (اي الامن والاطمئنان من المخاطر)؛

- الحاجات الاجتماعية (وهي الحب والمودة والانصهار في مجموعته)؛
- الحاجات الذاتية (وهي الاحترام والتقدير)؛
- الحاجات الإنجازية (أي التوصُّل إلى تحقيق الذات).

إذن، حسب "مازلو"، الفرد يعمل على تحقيق حاجاته التي هي دوماً في طور التغيُّر، والحوافز مرحلية وتهدف لتحقيق التوازن في مسعاه.

وتلا "مازلو" المفكر "ماكغريغور" عام 1959 الذي طوَّر نظرية «مازلو» وصنَّف المؤسسات في نوعين: تلك التي تعتمد على نظرية أن الفرد لا يرغب في العمل وأن الوسيلة الناجحة الوحيدة تكمن في مراقبة عمله والتأكد من قيامه به وأطلق عليها مراقبة المؤسسات X". والفئة الثانية التي تعتمد على نظرية تنادي بأن الفرد يرغب في العمل بالطريقة نفسها التي يرغب فيها أن يلهو، وأن التفتيش والمراقبة في العمل ليسا الطريقين الوحيدين لتأمين قيام الفرد بواجباته، وأن الفرد يستطيع أن يتحمَّل مسؤولية عمله بل أن يبدع فيه إذا ما أتيحت له المناسبة وأطلق عليها مسؤولية المؤسسات Y". واختتم "ماكغريغور" نظريته بالتأكيد أن طاقات الفرد قلَّما تستنفد في عمله نظراً للعملية الإدارية التي تقوم بالإشراف عليه.

نظرية مراقبة المؤسسات X"

- الإنسان العادي لا يحب العمل ويتفاداه إذا أمكن.
- بما أن العدد الأكبر من الناس لا يحب العمل، على المدراء أن يؤمنوا مراقبة متشدِّدة، والضغط على العاملين لزيادة فعاليتهم في سبيل تحقيق أهداف المؤسسة.
- الإنسان العادي يبتغي الأمان، وبالتالي فهو يتفادى المسؤوليات، ولديه القليل من الطموح.
- إن السلوك الإداري المتوقع من نظرية مراقبة المؤسسات X" يعتمد بالتالي على المراقبة عن كثب ومعاقبة الأداء الضعيف، وإعطاء العامل حرية قليلة في العمل وإعطاء القليل من الحوافز.

نظرية مسؤولية المؤسسات Y"

- الإنسان العادي محب للعمل، وهو بالنسبة إليه أمر طبيعي كاللعب والأكل والنوم.
- إذا كان العامل ملزم بأهداف، فهو سيعمل على تنفيذها دون الحاجة إلى المراقبة.
- إن الالتزام بالهدف ينبع من الارتضاء الناتج عن رغبة الإنسان في الإنجاز والنجاح.
- باستطاعة كل إنسان أن يتقبل المسؤولية كما أن عدم وجود الطموح ليس بالضرورة ميزة أساسية لدى البشر.

- إن الخلق والإبداع هي ميزات موجودة لدى الكثير من الناس.
- إن المؤسسات تستخدم الجزء اليسير من قدرات عمالها.

وقد تزامن "ماكغريغور" و"مازلو" مع مفكرٍ ثالث هو "هرتزبرغ" الذي بنى نظريته على وجود تمييز واضح بين العوامل التي قد تزيد إنتاجية الفرد. وبعض العوامل التي تعتبر حوافز هي في الواقع عوامل تزيد من حجم العمل دون إغنائه - وبالتالي فإن العوامل التي تُبرز مقدرات الإنسان ونبوغه وإبداعه وتؤدي إلى إغناء عمله وإنتاجه هي بالفعل الحوافز الحقيقية. إن تقدير العمل وتحميل المسؤولية طبيعة العمل نفسه وإمكانية التطوير هي عوامل تغني الفرد وتؤدي إلى زيادة إنتاجه.

والواقع، أثَّرت هذه النظريات في منهجية الإدارة وأدخلت أهمية العلوم السلوكية ونظرية الحوافز النفسية إلى علم الإدارة، وبالتالي أدَّت إلى تطويره كما ذكرنا سابقاً.

الفصل السابع والعشرون

إدارة الموارد البشرية

مقدمة

يتم تقديم الخدمات الصحية بشكل صحيح فقط إذا تم توظيف العدد المناسب من العاملين المدربين بشكل جيد. فالعنصر البشري هو الحافز الذي يؤدي إلى تحويل الموارد الأخرى إلى مخرجات. ويعتمد نجاح المنظمة لدرجة كبيرة على جودة وجهود العاملين بها. وفي الحقيقة فإن الموارد البشرية هي الممتلكات الاكثر أهمية في المنظمة وبدونهم تكون خاملة. وعندما تكون الموارد البشرية غير مناسبة أو غير مطابقة لاحتياجات المنظمة، فإن نتائج العمل تكون أقل من المتوقع ويتأثر المردود والفعالية بشكل سلبي.

قضايا التوظيف Staffing Issues

تقع مسؤولية تخطيط الموارد البشرية واختيارها وتعيينها وتشغيلها وتطويرها على عاتق مديري المستوى الأعلى، وتقوم إدارة شؤون العاملين بنشاطات التوظيف المركزية وتضع البرامج والسياسات المتعلقة باكتساب العاملين acquisition (إحضارهم للمنظمة وتعيينهم ضمن البنية الموجودة) واستبقائهم retention (المحافظة على الفعّالين منهم).

اكتساب الموارد البشرية Acquiring Human Resources

تخطيط القوى العاملة Manpower Planning: تسبق هذه الخطوة النشاطات الأخرى وتحتاج لتفكير دقيق، ويتم من خلال التخطيط ما يلي:

- تحديد الاحتياج إلى العاملين، وهو يتأثر بثلاثة عوامل: معدّل تَقَلُّب الموظفين employee turnover نتيجة الاستقالة والتقاعد وظروف أخرى، وطبيعة قوة العمل الحالية، ومعدل نمو المنظمة. ويتم تأمين القوى العاملة من مصادر خارجية أو داخلية، ويعتمد الاختيار بينها على متغيرات خاصة بكل وظيفة وعلى

وجود القوى العاملة وعلى المنطقة الجغرافية والانتساب التعليمي وسمعة المنظمة.

- تحليل العمل job analysis: قبل انتقاء وتوجيه العاملين الجدد في المنظمة لا بد من وجود دليل يشير إلى أنواع المهارات والخبرات والتدريب المطلوب. وينتج الاحتياج من المعلومات لإرشاد هذه النشاطات بشكل عام من تحليل العمل الذي تقوم به إدارة الموارد البشرية فتراقب وتدرس الوظيفة لتحدد محتواها (الواجبات والمسؤوليات)، وظروف العمل وعلاقتها مع الوظائف الأخرى.
- وصف العمل ومواصفاته job descriptions and specifications: ويشمل اسم الوظيفة وملخص عنها والواجبات والمسؤوليات التي تترتب على من يشغلها، بالإضافة إلى المؤهلات الضرورية للقيام بأعباء هذه الوظيفة بشكل مقبول.

التوظيف recruitment: وفيه يتم البحث عن موظفي المستقبل وجذبهم إما من داخل المنظمة أو من خارجها، وعلى أساس الاحتياج من الموارد البشرية الذي تم الحصول عليه بواسطة تخطيط القوى العاملة. وهناك عدة طرق يمكن استخدامها من أجل توظيف ما يلزم من العاملين، يعتمد انتقاء الوسيلة الصحيحة منها ولدرجة كبيرة على سوق العمل labor market. وفي الحالات التي لا يطلب فيها مهارات أو تدريب خاص ويكون فيها المصدر وافراً، فإن التوظيف يمكن أن يتم فقط بفرز الطلبات حسب الأقدم. أما الوظائف الأخرى القليلة والتي عليها طلب كبير فيخضع التوظيف فيها للمنافسة.

الانتقاء selection: مواصفات الوظيفة هي الدليل عند الانتقاء من الطلبات المقدمة نتيجة إجراء النشاط السابق بشكل فعال.

التوجيه orientation: متى تم انتقاء الشخص من أجل توظيفه تجرى عدة نشاطات لإدخاله ضمن فعاليات المنظمة المختلفة وإنشاء قاعدة بيانات خاصة به. وفي بعض الأقسام قد يحتاج الأمر إلى فترة تدريبية للتآلف مع طرق عمل المنظمة الخاصة، ويمكن أن يتم ذلك من خلال نظام التدريب أثناء الخدمة on-the-job training system.

استبقاء الموظفين Retaining Employees

بعد أن تم تحديد الاحتياج إلى القوى العاملة وحشد المهتمين والراغبين بالعمل الذين تقدموا بطلباتهم وتم الانتقاء والتوجيه، فإن نشاطات الاستبقاء تجرى عندئذ طيلة مدة التوظيف وتتضمن:

- تقييم أداء كل موظف employee's job performance؛
- حركة الموظف ضمن المنظمة من خلال الترقية promotion وإنزال المرتبة demotion والانتقال transfer والفصل separation وتطبيق قواعد

الانضباط والنظام السلوكي discipline عند الضرورة؛

- إدارة التعويضات compensations والإعانات benefits؛
- مساعدة الموظفين ومشاورتهم حول خطط المستقبل؛
- تقديم خدمات الصحة والسلامة.

إدارة الموارد البشرية

تعتبر إدارة الموارد البشرية من أهم مقومات المؤسسة إلى جانب الأعمال والتنظيم، ذلك أنها تهتم بكل جوانب المؤسسة وإنتاجية العاملين فيها.

إن إدارة الموارد البشرية تعتبر أن الإنسان هو الدافع الأول للمؤسسة، وأن نجاح أو فشل العمل يعتمد بالدرجة الأولى على الموظفين. كما أن إدارة الموارد البشرية هي منهجية واضحة تشمل كافة المهمات والواجبات والنشاطات من تعيين الموظف، إلى ترقيته، إلى تحديد مهماته، وشؤون تدريبه وتقييمه، وإدارة المنافع والحوافز التي تتصل بعمله. وتصبح إدارة الموارد البشرية حقيقة جلية عندما تعتبر المؤسسة أن الموظفين هم موارد لها وليسوا عبئاً عليها، أو أشخاصاً يقدمون خدماتٍ يتقاضون تعويضاً عنها (نظرية المرتزقة). تتأثر إدارة الموارد البشرية بالمكوِّنات الديموغرافية أو السكانية، كما تتأثر بالتعاطي اليومي مع الموظفين ومسائل معقدة كالتحرُّش الجنسي والتمييز بين موظفٍ وآخر.

وكما أوردنا سابقاً، تشتمل إدارة الموارد البشرية على:

- إعداد الوصف الوظيفي، مع تحديد المؤشرات والنظم بوضوح والشروط المطلوبة للعمل
- تحليل العمل بدقة؛
- تصنيف العمل والتوظيف؛
- اختيار المرشحين؛
- تدريب الموظف الجديد؛
- عملية تقييم العمل؛
- شروط إنهاء العقد؛
- المنافع والحوافز والأجور أو الرواتب؛
- نظم الشكوى والتظلُّم؛

- نظم تحفيز الموظف.

كما أسلفنا سابقاً، تعتبر عملية إدارة القوى البشرية من أهم مقومات الإدارة الصحية، نظراً لأهمية الموارد البشرية في كل قطاع، لاسيما قطاع الخدمات الصحية. فهذه الموارد تبقى المركز الأساسي لتوفير رعايةٍ صحية مميَّزة ذات جودةٍ مؤكدة. ولما كانت الموارد البشرية من أهم أركان المؤسسات بل ثروتها، يتوجَّب تطوير هذه القدرات وإدارتها لتأكيد الجودة والعناية الفضلى وتحقيق رضى المستفيدين من هذه الخدمات.

تنظم عملية إدارة القوى البشرية من خلال نظام متكامل يمكن تسميته بنظام تنمية المستقبل الوظيفي Career Development System، وهو نظام يسمح للإدارة والأفراد بتقييم توافر الموارد البشرية الضرورية لإحلالها مكان مدراء من المرتقب أن يحالوا إلى التقاعد، أو إلى وجود شواغر، وذلك لتأمين استمرارية العمل وتطويره بشكلٍ فعال. وهذا النظام يشمل نشاطاتٍ مترابطة سنقوم بتفصيلها فيما بعد.

أهداف نظام تنمية المستقبل الوظيفي

أولاً: تأمين إحلال وتغيير عناصر على كافة المستويات، سواء كانت إشرافية أو تقنية أو مهنية أو إدارية.

ثانياً: استعراض الأشخاص الذين تبدو عليهم ملامح أو إمكانية الحصول أو الارتقاء إلى مراكز قيادية، وذلك في فترةٍ مبكرة من سيرتهم المهنية.

ثالثاً: التأكيد على إيجاد فرص عمل مشوقة قد تسند إلى كفاءاتٍ لديها الاستعداد والمؤهلات للنجاح في هذه المراكز.

ويشير هذا النظام إلى خطواتٍ ملائمة وواضحة ومبرمجة تشمل الربط بين الأهداف الرئيسية للمؤسسة ومتطلبات سوق العمل وطموحات ومؤهلات الأفراد وتطلعاتهم في الترقية وإغناء سيرتهم المهنية (راجع الجدول التالي).

وهذا النظام يرتكز على افتراضات أو اعتبارات ثلاثة، هي:

- أن هذه العملية هي عملية متواصلة مستمرة، وليست عملية وحيدة.
- أن هذه العملية بحاجةٍ لأدوارٍ يقوم بها الموظف والمشرف والإدارة في المؤسسة. إذ إن لكلٍ من هذه الاطراف دوراً في ذلك.
- إن التفكير والعمل ضمن منهجية "النظام" هو ضروري وأساسي لهذه العملية.

ويرتكز أهم ركن من هذا النظام على تقدير الفرد لإمكاناته ومواهبه وإمكانية قيامه بدور أهم وأكبر مما يقوم به حالياً. ويرتبط هذا الأمر بالعوامل التالية: المعرفة،

الإحساس بالمسؤولية، اتساع الأفق، الاهتمام والمقدرة على أخذ المبادرة، مهارات التعاون والتواصل مع الأفراد والمؤسسات، وكل ذلك للارتقاء بمقدرة الفرد وإغناء أدواره في العمل.

تكمن أهمية نظام التخطيط للسيرة المهنية في مساعدة الأفراد على التوقف ودراسة رغباتهم في سيرتهم المهنية وترجمة هذه الرغبات إلى برنامج عمل يحظى بموافقة المؤسسة التي يعملون بها. ويتوجب على هذه العملية أيضاً عدم التفريط بالأعمال اليومية والمهمات المالية للشركات وذلك لضرورة ربط تطلعات الأفراد بأهداف وتطلعات المؤسسة وإنتاجها وخططها المستقبلية.

حاجات الأفراد التنموية	الحاجة للترقية والنمو	احتياجات المؤسسة
كيفية توافق أمال الفرد مع فرص العمل في المؤسسة، بالاستفادة من: نقاط القوة لدى الفرد؛ فرصة تحدٍّ؛ تناسب اجتماعي؛ تناسب القيم لدى الفرد؛ تناسب منهجية العمل لدى الفرد.	الموضوع هل يقوم الأفراد بتطوير أنفسهم بشكلٍ يراعي بين فعاليتهم ورضاهم وأهداف المؤسسة التي يعملون فيها؟	ما هي أهم تطلعات المؤسسة للسنوات القادمة؟ ما هي أهم التحديات المرتقبة في السنوات القادمة؟ ما هي المهارات والخبرة والمعرفة المطلوبة لمواجهة هذه التحديات؟ ما هي الموارد البشرية المطلوبة لهذه الغايات؟ هل هذه الموارد متوفرة في المؤسسة؟

يبين الجدول نظام التخطيط للسيرة المهنية وربط حاجات المؤسسة بتطلعات الفرد للنمو والترقية

ومن خلال خبرته في العمل وتدريبه أثناء عمله في المناصب، من المتوقع أن يكون الفرد قد حصل على تقييم ذاتي لمهاراته وقدراته، وحاجاته وأهدافه، وقيمه في العمل ومعتقداته. وهكذا تصبح سيرته المهنية مبنية على الخبرة وليس على الفحوصات النفسية، وهي تسمح عند نضوجها برسم المسيرة المهنية وسبيل اتخاذ القرار من خياراتٍ عديدة متوفرة. وقد تلزم سنوات لبلورة هذه الصورة بوضوح، لكنها تصبح ثابتة فيما بعد، وقد تستدعي الأحوال أن يقوم المرء بأعمال قد لا تتفق مع الصورة التي رسمها لسيرته المهنية، وهذا أمر قد يحصل إنما تبقى السيرة المهنية المكوّنة من مهاراتٍ وقيمٍ وأهدافٍ تعطي التوجيه والاستقرار للفرد.

ومن مقومات السيرة المهنية:

- مهارات إدارية: ونعني بذلك مهارات لإدارة الموارد على أنواعها (مالية، بشرية

ورأسمال) وقدرة على التحليل وحل مشاكل ذات أبعادٍ مختلفة، وقدرة على اتخاذ القرار وتحمُّل مسؤوليته وتأكيد سلطته.

- مهارات فنية ومهنية: تتناسب مع طبيعة العمل في المؤسسة.
- الأمان: أكثر ما يريح الموظف هو شعوره بالأمان والاستقرار في عمله وبعض الاتكال على المؤسسة لارتقائه في العمل.
- الاستقلالية في العمل: أي أن يكون الموظف مسؤولاً عن عمله يحاسب عليه في حالة النجاح أو الفشل.
- الإبداع: إعطاء الفرص للموظف كي يبدع في فكرة أو مُنْتج أو خدمة للمؤسسة.

إن هذه المقومات تكون دائمة عادة خلال السيرة المهنية للموظف رغم أن البعض قد يحاول القيام بعمل مختلف عند التقاعد بعد أن يكون قد حقَّق أمنيته المهنية خلال العمل.

برامج تخطيط السيرة المهنية

ندوات لتخطيط السيرة المهنية كتيبات لتخطيط السيرة المهنية برامج الحاسوب الآلي لتخطيط السيرة المهنية	أدوات للتقييم الذاتي للفرد
إمكانية الترقية الفحوصات النفسية مركز تقييم المهارات المقابلة الشخصية والتوظيف	أدوات لدراسة إمكانية الترقية في المؤسسة
كتيب خاص بكل وظيفة السلم الوظيفي في المؤسسة مركز الموارد البشرية معلومات اخرى	معلومات حول التوظيف في المؤسسة
التشاور مع المشرف المباشر التشاور مع غيره من المشرفين التشاور مع الموظفين التشاور مع المستشار	التشاور حول الترقية
البحث عن فرصٍ جديدة نشرة التوظيف. دراسة الشواغر المرتقبة لجنة التوظيف	إمكانية التجانس مع الترقية عند ظهورها
صياغة وإغناء الوصف الوظيفي برامج التدريب داخل المؤسسة ندوات وورشات عمل التعويض عن الدراسة التدريب على الإشراف	برامج التطوير

أساليب التحفيز في العمل

هناك العديد من أساليب التحفيز الهادفة إلى تنمية التحفيز للعمل، ويتعين في ضوء الظروف اختيار الأسلوب المناسب. وأهم هذه الأساليب هي:

1 ـ أسلوب الثواب والعقاب

يعتبر أسلوب الثواب والعقاب من أقدم الأساليب المعروفة في التحفيز، ويقوم هذا الأسلوب التقليدي على أساس مكافأة الأفراد أما بالترقية أو زيادة الراتب أو المديح، أو عقابهم عن طريق التوبيخ أو الطرد... الخ. وينطلق هذا الأسلوب في تنمية الدافعية للعمل من الفرض القائل بأن الإنسان لا يعمل بكل طاقاته إنما يميل دائماً إلى بذل مجهود أقل مما يملك، ولذا فإن إنتاجه أو أداءه الفعلي لا يتكافأ مع كامل طاقاته أو قدراته الكامنة. وعلى ذلك يصبح دور الإدارة هو حث العاملين على الارتفاع بمستوى أدائهم إلى مستوى طاقاتهم وذلك بوعدهم، في حال حققوا ذلك، بإشباع حاجاتهم الملحة عن طريق الحوافز الإيجابية المادية والمعنوية أو تهديدهم، في حال لم يحققوا ذلك، بإنقاص إشباع هذه الحاجات عن طريق الروادع أو العقوبات المادية والمعنوية. ولذا يرى أنصار هذا الأسلوب أن رغبة الموظف في الحصول على المكافآت وخوفه من العقاب كفيلان بخلق الدافع لديه للقيام بسلوكٍ إيجابي لتحسين أدائه.

إن العديد من نظم الحوافز المعمول بها في المنشآت والمؤسسات مبنية على هذا الأسلوب في التحفيز، وقد تبين أن فاعلية الوعد بالثواب تتوقف على مدى ملاءمة هذا الثواب للحاجات الملحة لدى الأفراد في العمل. لذلك فإن تفهم المدير لهذه الحاجات هو المدخل الحقيقي لاختيار الحافز الإيجابي المناسب لإثابة العمل، أما التهديد بالعقاب فإن أثره على خلق الدافعية للعمل أثر محدود وغير دائم.

يعتمد أسلوب الثواب والعقاب في التحفيز على استعمال الحوافز الخارجية (المكافآت والعقوبات) فيما تركز الأساليب الحديثة في التحفيز بصورةٍ أساسية على خلق الحوافز الذاتية التي تنشأ تلقائياً لدى العاملين نتيجة رضاهم عن محتوى العمل الذي يقومون به، ذلك أن محتوى العمل نفسه هو مصدر هام من مصادر الدافعية للعمل وذلك بالقدر الذي يوفر فيه للعاملين مهاماً تتوافق مع إمكاناتهم وطموحاتهم. لذا تقوم هذه الأساليب الحديثة في التحفيز على أساس تطوير محتوى العمل نفسه، مثل أسلوب إضافة مهام العمل.

2 ـ أسلوب إضافة مهام العمل

يقوم هذا الأسلوب على توسيع مهام الموظف وتنويعها من حيث محتواها الفني مع مراعاة أن يكون مستوى هذه المهام قريباً من مستوى المهام التي كان يقوم بها.

ويهدف هذا الأسلوب بصورةٍ أساسية إلى إتاحة الفرصة للموظف بأن يمارس اختصاصاتٍ متعددة مما يساعده من جهة على التخفيف من رتابة العمل ويوفر له من جهةٍ أخرى مرونة أكبر للانتقال من وحدةٍ إدارية إلى وحدةٍ أخرى.

ويتخذ أسلوب توسيع المهام في مجال العمل الإداري ثلاث طرق رئيسية:

التناوب على الوظائف، بحيث يمكن للموظف أن يتعاقب مثلاً وعلى فتراتٍ محددة بين وظيفتين تتصفان بخصائص متعاكسة مثل:

- عمل ثقيل وعمل خفيف.
- عمل يتطلب الدقة وعمل يتطلب السرعة.
- تبديل الوظيفة، بحيث يمكن للموظف أن ينتقل في نهاية مدة زمنية معينة من وظيفة إلى وظيفة أخرى مختلفة في نفس المسمى الوظيفي.
- تجميع مهام متجانسة وذات مستوى متماثل وتكليف الموظف بها، لكي لا يقتصر تكليفه على مهمة واحدة محدودة ومكررة.

تهدف هذه الطرق في توسيع المهام إلى التغلب بصورةٍ أساسية على مشكلة رتابة العمل، ولذلك قد يكون لها أثر إيجابي على التحفيز للعمل، إلا أنها تشكل خطوة أولى على طريق تطوير محتوى العمل باتجاه إثراء المهام.

3 ـ أسلوب إثراء مهام العمل (إضافة مهام أكثر أهمية)

يقوم هذا الأسلوب على إغناء عمل الفرد بمهام قيمة أو هامة، وذلك بإعطائه فرصاً أكثر وحرية أوسع في تخطيط وتنظيم ومراقبة أعماله، باعتبار أن العمل القيم أو الهام يشكل بحد ذاته مصدراً من أهم المصادر الدافعة للعمل. لذلك يتطلب إثراء مهام العمل شروطاً أهمها:

- أن يشكل هذا العمل وحدة متكاملة غير مجزأة بحيث يؤدي تحقيقه إلى شعور كامل وغير منقوص بالإنجاز.
- أن يكون هذا العمل أكثر صعوبة بحيث يولِّد لدى القائم به نوعاً من التحدي لإنجازه.
- أن يمتلك القائم بهذا العمل استقلالية واسعة للتصرف في مواجهة هذا التحدي ولاسيما القدرة على اتخاذ القرارات.
- أن يكون المكلف بهذا العمل شخصاً مسؤولاً عن تحقيق أهداف هذا العمل وأن يكون لديه الوسائل لبلوغ هذه الأهداف.

وباختصار يزيد أسلوب إثراء العمل من كلٍّ من السلطة والمسؤولية، كما يزيد الاستقلالية ويطور كفاءة العاملين ليصبحوا خبراء في مجالهم، وكلها عوامل تسهم في تنمية الدافعية للعمل.

4 ـ أسلوب تحسين المستوى الاجتماعي للعمل

يقوم هذا الأسلوب على نقل سلطات اتخاذ القرارات الخاصة ببعض المهام من القمة إلى القاعدة، ومن الفرد إلى الجماعة. ويحتاج هذا الأسلوب إلى بناء التنظيم الاجتماعي للعمل على أساس جماعات العمل التي يوكل إلى كل منها مهام محددة ويكون لها في الوقت نفسه أوسع المسؤوليات فيما يتعلق بأساليب عملها ومستويات إنتاجها والتوزيع الداخلي لمهامها وحتى في اختيار رؤسائها. وتؤدي زيادة مسؤولية الجماعات في اتخاذ القرارات الخاصة بالمهام الموكلة إليها إلى تنمية الشعور بالاستقلالية الذي يعد عاملاً هاماً من العوامل الدافعة للعمل.

5 ـ أسلوب الإدارة بالتشارك في رسم الأهداف

يرمي هذا الأسلوب إلى زيادة دافعية الأفراد للعمل من خلال اشتراك المرؤوسين مع الرؤساء في تحديد الأهداف التي يمكن للمرؤوسين تحقيقها خلال فترةٍ زمنية معينة وكذلك من خلال زيادة رقابة المرؤوس على عمله. وهذا يعني زيادة مشاركة المرؤوس في اتخاذ القرارات التي يقوم بتنفيذها مما يؤدي إلى تقوية ميله إلى دعم هذه القرارات التي شارك بوضعها واندفاعه في تنفيذها.

الفصل الثامن والعشرون

اتخاذ القرار

1 ـ ما هو القرار؟

إذا أردت الذهاب إلى مكان عملك، فهناك عدة بدائل ممكنة لبلوغ هدفك. فأنت تستطيع أن تذهب مشياً على الأقدام أو بالسيارة أو بالحافلة، ويؤدي كل بديلٍ من هذه البدائل إلى الهدف نفسه وهو الوصول إلى مكان عملك. إن البديل الذي تختاره من بين هذه البدائل هو ما يسمى بالقرار، فالقرار هو السلوك الذي تختاره لبلوغ هدفٍ معيَّن.

بهذا المعنى يتطلب كل عملٍ يقوم به الفرد اتخاذ حدٍ أدنى من القرارات البسيطة، غير أن الصعوبة في اتخاذ القرارات تبدأ في الظهور عندما يواجه الفرد عدداً من البدائل التي لها في نظره الجاذبية نفسها أو السلبيات نفسها. ولذا تتضمَّن عملية اتخاذ القرار في أغلب الأحيان حالة من التوتر. وينشأ هذا التوتر بصورةٍ أساسية عن صراع البدائل أو عن عدم التأكد من أفضلية البديل المختار أو عن الخوف من النتائج السلبية التي قد تترتب على تطبيق البديل المختار. وفي كل هذه الأحوال فإن حاجات الفرد الذي يقرر وإدراكه للظروف المحيطة به تشكل عوامل هامة ومؤثرة في عملية اتخاذ القرار.

2 ـ عملية اتخاذ القرار

تبدأ عملية اتخاذ القرار بالتعرف على مشكلة معينة، وتظهر المشكلة أساساً عندما لا نستطيع بلوغ الهدف الذي نود بلوغه إلا من خلال بدائل مختلفة وأحياناً متعارضة. فإذا أراد أحد الأشخاص مثلاً أن يستثمر ماله للحصول على الحد الأقصى من العائد، فإنه سيواجه عدة حلول أو بدائل ممكنة لبلوغ هذا الهدف، وفي هذه الحالة فإنه يواجه مشكلة.

تقوم مرحلة التعرف على المشكلة في المنظمات على البحث في بيئة المنظمة ومحيطها من العوامل التي تؤثر في القرار. يتيح هذا البحث تحديداً للأهداف التي يمكن بلوغها ومن ثم تحليلاً وتقييماً للبدائل أو الخيارات المتاحة لبلوغ هذه الأهداف. ويشكل القرار بالمعنى الدقيق المرحلة الأخيرة من العملية، ويتمثل في اختيار البديل الأمثل.

ويمكن تلخيص مختلف مراحل عملية اتخاذ القرار كالآتي:

- التعرف إلى المشكلة؛
- تحديد الأهداف؛
- تقييم البدائل؛
- اختيار البديل الأمثل (القرار).

يميل الأفراد غالباً خلال سير هذه العملية إلى مراجعة أهدافهم أو إلى تعديلها وفقاً للبدائل المتاحة لهم. كما يمكن أن تظهر في مرحلة تنفيذ القرار بدائل جديدة أو يمكن في ضوء متابعة التنفيذ تعديل الأهداف نفسها عند الضرورة.

ويمكن تلخيص مختلف هذه المراحل في الرسم التالي:C

3 ـ التأكد والمخاطرة وعدم التأكد في اتخاذ القرارات

لا يستطيع متخذ القرار دائماً أن يتعرف في بيئة المنظمة ومحيطها على كل العوامل التي تؤثر في القرار، وقد يجد نفسه في أحيانٍ كثيرة مجبراً على اتخاذ قراره دون أن يملك من العوامل المؤثرة فيه إلا معلومات محدودة. وبناء على ذلك، يمكن أن نميز ثلاث حالات لمتخذ القرار في مواجهة العوامل المحيطة بالقرار والمؤثرة فيه: التأكد؛ المخاطرة؛ وعدم التأكد.

أ ـ التأكد

يوجد التأكد عندما يعرف متخذ القرار بصورة مسبقة نتائج البدائل المطروحة. فالتأكد يسمح له إذاً بالتنبؤ بهذه النتائج. وفي هذه الحالة فإن قاعدة التصرف التي توجه عملية اتخاذ القرار هي تعظيم نتيجة أحد المتغيرات أو مجموعةٍ من المتغيرات. فقد يمثل الربح مثلاً متغيراً يجب تعظيمه في سياق اقتصادي معين، مثال آخر، إذا كنا نعرف الطلب على منتوج معين فإننا نختار بالتالي خطة الإنتاج المناسبة لهذا الطلب. وفي الحقيقة، فإن القرارات التي يمكن اتخاذها في ظل التأكيد التام هي قرارات محدودة العدد.

ب ـ المخاطرة

تظهر المخاطرة عندما يمكن تحديد نتائج البدائل الممكنة وتقدير احتمالات ظهور كل نتيجة.

ولفهم الاختيار في موقف المخاطرة يجب:

1 ـ معرفة كيف يقدر متخذ القرار احتمال ظهور كل نتيجة.

2 ـ معرفة ما هي القيم التي يود الفرد تعظيمها، أي ما هو نوع الإرضاء الذي يرغبه.

ولتوضيح حالة المخاطرة لنتناول موقفاً يواجه فيه متخذ القرار المشكلة التالية:

هل يجب شراء أو عدم شراء آلات جديدة لتلبية النمو المحتمل في الطلب؟ أم يجب إجراء تعديلات في الآلات القديمة؟ أم الاستمرار باستخدام الآلات القديمة كما هي؟

إن اختيار إحدى هذه الاستراتيجيات الثلاث يرتبط بحالة الحدث الذي سيتحقق.

يمكن تسجيل الاستراتيجيات الممكنة والأحداث في الجدول الآتي للأرباح المتوقعة:

الاستراتيجيات	حالات الحدث			الربح المتوقع في خمس سنوات
	عدم زيادة الطلب المنتوج	25% زيادة على الطلب	50% زيادة على على الطلب	
	الأرباح المتوقعة في 5 سنوات			
الاستراتيجية 1: شراء آلات جديدة	100,000	125,000	250,000	169,000
الاسترتيجية 2: تعديل الآلات قديمة	120,000	150,000	200,000	169,000
الاستراتيجية 3: استخدام الآلات القديمة	130,000	140,000	175,000	155,000
احتمالات ظهور الحدث	%20	%30	%50	%100

تعبِّر كل خانة من خانات الجدول عن الارتباط بين حالة الحدث (أي نسبة ازدياد الطلب) من ناحية والاستراتيجية المختارة من ناحية ثانية. وقد تم في كل خانة تسجيل الربح المتوقع على مدى خمس سنوات في كل ارتباط من الارتباطات الممكنة بين حالة الحدث والاستراتيجية المختارة.

على ذلك، يمكن تثبيت اختيار استراتيجية معينة عن طريق ضرب كل قيمة من القيم الواردة في الخانات (أي الربح المتوقع) بالاحتمال الذاتي الذي يقدره الفرد لظهور كل حالة من حالات الحدث (أي احتمال ظهور نسبة زيادة معينة في الطلب). فعلى سبيل المثال يمكن حساب الربح المتوقع في حال اعتماد الاستراتيجية (س1)، (أي شراء آلات جديدة) كما يلي:

$$20,000 = 0.2 \times 100,000$$

$$37,500 = 0.3 \times 125,000$$

$$125,000 = 0.5 \times 250,000$$

الربح المتوقع = 182,500

يمكن إذن تجاه المخاطرة حساب النتائج المتوقعة، والقيام بالاختيار حسب القيم الشخصية التي يود الفرد تنظيمها. فإذا كان الفرد يودُّ الحصول على الربح الأقصى فإنه سيختار الاستراتيجية س1 ويشتري آلات جديدة.

ج - عدم التاكد

يظهر عدم التأكد عندما لا يكون احتمال حدوث النتائج معروفاً. ومن الممكن في حالة عدم التأكد تحديد قائمة النتائج التي قد تترتب على القرارات التي يمكن اتخاذها ولكن لا يمكن تحديد احتمالات حدوث هذه النتائج.

إذا استعدنا المثال السابق فإنه يكون من غير الممكن في حالة عدم التأكد تحديد احتمالات حدوث النتائج وبالتالي صعوبة حساب الربح المتوقع في كل استراتيجية من الاستراتيجيات الثلاث. وفي هذه الحالة، قد يتخذ الفرد قراره حسب حالته النفسية الخاصة، ويمكننا من خلال القرارات المتخذة في حالة عدم التأكد أن نكشف عن ميول متخذ القرار نحو التفاؤل أو التشاؤم.

فالمتفائل سيقرر، وفقاً لتوقع الربح الأكثر ارتفاعاً، أن استراتيجيته هي س1 = 250.000 فهو سيختار وفقاً لأسلوب "**تعظيم الأعظم**" لأنه يقوم بصورةٍ تلقائية بتعظيم النتيجة العظمى.

أما **المتشائم** فهو سيقرر على العكس وفقاً لأسلوب "**تعظيم الأدنى**"، أي أنه سيقوم بتعظيم النتيجة الأدنى. ويكمن وراء هذا الموقف توقع ثابت لأسوأ الاحتمالات، فهو لا يستعيد في كل استراتيجية إلا النتائج الأقل ملاءمة ويختار من بينها النتيجة الأعلى.

إن استراتيجياته هي : س1 = 100,000

س2 = 120,000

س3 = 130,000

وعلى وجه الحصر فإنه سيختار (س2) لأن هذه الاستراتيجية تؤدي إلى النتيجة الأعظم من بين النتائج الأدنى، ويمكن وصف هذا الاختيار بأنه اختيار محافظ.

تقييم القرارات

كيف نقيم القرار؟

الواقع أن العديد من الاختيارات يتم حسب الاتجاهات الشخصية التي يميل الأفراد إلى تعظيمها، لذا يتمثل الهم الأساسي في المنظمات في تقييم ما إذا كانت القرارات المتخذة قرارات جيدة أم سيئة. وفي سبيل ذلك يمكن استخدام معايير المردودية والفعالية.

أ ـ المردودية (الفعَّالية لقاء التكاليف) cost-effectiveness: وهي قياس العائد الاقتصادي الذي حصلته المنظمة من القرار وذلك مع الأخذ بالاعتبار التوظيفات التي قامت بها، كما أنه إذا أمكن اتخاذ القرار نفسه في منظمة معينة بصورةٍ أسرع من اتخاذه في منظمة أخرى، كان هذا القرار أكثر مردودية. ويتمثل أحد المعايير المرتبطة بالمردودية في التكلفة التي احتاجها اتخاذ القرار، ويشمل حساب التكاليف تقدير الوقت الذي استغرقه البحث عن المعلومات والمناقشات واستخدام الوسائل المعلوماتية، إضافةً إلى الاستعانة بالخبراء والمستشارين.

ب ـ الفعالية effectiveness: تقاس فعالية القرار بدرجة الحل للمشكلة المطروحة، فعندما يقرر المدير تحسين آلاته أو تجهيزاته فنياً ويتوصل بعد ذلك إلى تحسين الإنتاج، فإننا نكون إزاء قرار فعال.

ويتمثل أحد معايير الفعالية في مدى دقة متخذ القرار في تقويم المعلومات والتكاليف المرتبطة بمختلف البدائل ومدى دقة حسابه لتكلفة البديل الأمثل. ويمكن حساب الدقة في بعض القرارات بصورةٍ أسهل من حسابها في بعض القرارات الأخرى. فالقرارات في مجالات المال والإنتاج والمحاسبة والنقل مثلاً يمكن تقويم دقتها بصورةٍ أسهل مما في مجالات إدارية أخرى.

هناك معيار آخر للفعالية يرتبط بمدى **قابلية القرار للتطبيق**، فأفضل القرارات تبقى غير فعالة إذا كانت غير قابلة للتطبيق.

وهناك معيار ثالث للفعالية يتمثل بمدى **دعم المنظمة للقرار المتخذ**. فلكي يكون القرار فعالاً بحق، لا بد لكل أو معظم أعضاء المنظمة أن يدعموه، فلن نتوصل مثلاً إلى بيع منتوج جديد إذا كان رجال البيع أنفسهم غير مقتنعين بنوعية وجودة هذا المنتوج.

الإنسان الذي يقرر

يعتقد رجال الاقتصاد أن الإنسان العقلاني لا بد أن يقرر وفقاً لمعايير منطقية وأن يقيّم كل بديل من البدائل المطروحة أمامه وفقاً لأهدافه التي يسعى إلى بلوغها. أما علماء السلوك والإدارة، فإنهم يعتبرون أن الإنسان الذي يقرر كائن يميل في أحيانٍ كثيرة إلى تبسيط الواقع وإلى تحريفه من خلال قيمه الخاصة التي يؤمن بها، كما يحاول أحياناً عند اتخاذ القرار أن "يجرب حظه" باختيار هذا البديل أم ذاك. من هنا ينشأ نموذجان لوصف الإنسان الذي يقررهما" النموذج العقلاني أو الاقتصادي والنموذج الإداري.

أ ـ النموذج العقلاني أو الاقتصادي في اتخاذ القرارات

ينطلق هذا النموذج من الاعتقاد بأن الإنسان يسعى في كل المناسبات إلى تعظيم المنافع (الأرباح مثلاً) وإلى تصغير الأضرار (الخسائر مثلاً). يرى هذا النموذج أن

الإنسان في المجال الاقتصادي على وجه التحديد مدرك لكل البدائل المتاحة في الموقف وأنه يختار عقلانياً من بينها البديل الأمثل. ويعني ذلك أن الإنسان الذي يقرر يستطيع:

- أن يزن نتيجة كل بديل وفقاً لمعيار المنفعة وأن يقوم بالتالي بتصنيف النتائج حسب أفضليتها؛
- وأن يختار البديل الذي يعظم المنفعة.

قد ينطبق هذا النموذج في اتخاذ القرارات على المجال الاقتصادي، إلا أنه يصعب تطبيقه في المجال الإداري. فمن المستحيل تقريباً في المواقف الإدارية أن يكون الإنسان ملماً بكل البدائل الممكنة، كما إن من الصعب على الفرد أن يحدد بوضوح بعض المنفعة إذا كان الأفراد الذين يواجهون اختياراً معيناً لا يفضلون بالضرورة وعلى الدوام البديل الذي يعظم منافعهم. فمن غير النادر مثلاً أن الفرد الذي اختار البديل "أ" بدلاً من البديل "ب"، واختار البديل "ج" على البديل "د"، أن يعود عن رأيه فيختار في النهاية البديل "د" والبديل "أ". في هذه الحالة يصل الاقتصاديون إلى تفسير هذا النوع من القرارات بالقاء المسؤولية على الفرد اللاعقلاني لا على النموذج الاقتصادي في اتخاذ القرارات.

ب ـ النموذج الإداري في اتخاذ القرارات

يفترض الأسلوب العقلاني في اتخاذ القرارات معرفة تامة بكافة المعلومات المحيطة بالقرار وتعظيم قيمة معينة كالربح مثلاً على أساس هذه المعلومات. أما النموذج الإداري فيعتبر أن الفرد لا يستطيع أن يحصل في المواقف الإدارية الواقعية إلا على معلومات محدودة. فمن المستحيل مثلاً معرفة ما سوف يؤدي إليه بالضبط اختيار كل بديل من البدائل، ذلك أن الإنسان لا يصل إلا إلى جانبٍ من الواقع الموضوعي ويكون سلوكه محدوداً بهذه المعارف. في هذه الحالة لا يعظم متخذو القرارات في أغلب الأحيان المنفعة القصوى إنما يعطون البديل المقبول بالنسبة إليهم.

يحاول متخذ القرار في المجال الإداري أن "يرضي" أكثر من أن "يعظم". وبما أنه لا يستطيع أن يحصل على المعلومات الكاملة والصحيحة حول الموقف فهو يحاول أن يبحث من بين البدائل المتاحة عن البديل المقبول بالنسبة إليه. ويتم الاختيار عندئذ عندما يتطابق أحد البدائل مع الحد الأدنى من الرضى الذي يتطلبه متخذ القرار. ولا يتطابق هذا الاختيار إلا نادراً مع الاختيار الأمثل الذي يحدده النموذج الاقتصادي، وذلك لأن الحلول المثلى ليست دائماً الحلول التي يمكن تطبيقها. لذلك فإن الفرد، كما يصفه النموذج الإداري، يبحث عن القرارات الممكنة التطبيق والتي تؤدي في الوقت نفسه إلى حدٍ أدنى من الرضى. ولكن يحدث أحياناً أن الفرد عندما يقيم البدائل المتاحة لا يجد

البديل الذي يتفق مع طموحاته، عندئذ يقوم بخفض مستوى طموحه ويقوم في الوقت نفسه بخفض «الحد الادنى» من الرضى المستعد لقبوله.

كما أن البحث عن البدائل قد يؤدي إلى عدة حلول تبعث لديه الرضى بدرجةٍ متساوية بحيث يمكن للفرد عندئذ أن يرفع من مستوى طموحه.

يتضح إذن أن الاختيار يتم في أحيانٍ كثيرة دون فهمٍ دقيق للواقع المرفوض كما يتم أحياناً بطريقةٍ لا شعورية تقريباً. ويميل الأفراد إلى أن يبرروا بصورةٍ لاحقة اختيارهم عن طريق إضفاء الطابع العقلاني على قراراتهم المتخذة مما يسمح لهم أن يحتفظوا بدرجةٍ معينة من التماسك الذاتي أمام أنفسهم وأمام الآخرين.

إن إضفاء العقلانية لاحقاً على القرارات المتخذة يشكل إحدى وسائل الدفاع النفسية التي يلجأ إليها متخذ القرار والتي تجنبه الوقوف في موقف الأسف على اختياره. وقد يصل الأمر بمتخذ القرار إلى أن يتجاهل أو يرفض المعلومات التي يمكن أن تشكك في نوعية قراره. فقد لوحظ مثلاً أن المديرين الذين يقررون شراء نوعٍ معين من أجهزة الكمبيوتر يميلون فيما بعد إلى تجاهل الدعاية عن الأنواع الأخرى التي كانوا يرغبون في شرائها. ويؤدي هذا التجاهل إلى التخفيف من الأسف المحتمل الذي يمكن أن يشعر به هؤلاء المديرون بعد اتخاذهم لقرارهم.

مراجع للاستزادة

1. Cruère J-P JABES J, Traite des organisations, P.G.F, 1982.
2. LARIERE C., Analyse de système et techniques décisionnelles, Donod,1971.
3. RAIFFA N., Analyse de la décision, Dunod, 1973.
4. RAMBEAU C., La prise de décision, acte de management. Les Editions d'organistation, 1971.
5. Le MOIGNE J.T., Les systèmes de décision dans les organisations, PUF,1974.

الباب الرابع
إدارة المستشفيات والبرامج الصحية

أولاً ـ إدارة المستشفيات

الفصل التاسع والعشرون: التنظيم في المستشفيات

الفصل الثلاثون: الهيئة الطبية في المستشفيات

الفصل الحادي والثلاثون: الخدمات الإدارية في المستشفيات

الفصل الثاني والثلاثون: الإدارة المالية في المستشفيات

الفصل الثالث والثلاثون: جودة الرعاية وسلامة المرضى

ثانياً ـ برامج الإدارة الصحية في الإقليم

الفصل الرابع والثلاثون: مفاهيم الرعاية الصحية الأولية

الفصل الخامس والثلاثون: الصحة النفسية

الفصل السادس والثلاثون: الصحة الإنجابية

الفصل السابع والثلاثون: صحة الطفل

الفصل الثامن والثلاثون: التمنيع (التحصين) باللقاحات

الفصل التاسع والثلاثون: التغذية

الفصل الأربعون: صحة الأطفال والمراهقين

الفصل الحادي والأربعون: التشيخ والصحة

الفصل الثاني والأربعون: النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة

الفصل الثالث والأربعون: مكافحة التدخين

الفصل الرابع والأربعون: وباء الإيدز (متلازمة العوز المناعي المكتسب)

الفصل الخامس والأربعون: حوادث الطرق

الفصل السادس والأربعون: مكافحة مرض السل (التدرُّن)

الفصل السابع والأربعون: العنف والصحة

أولًا ـ إدارة المستشفيات

الفصل التاسع والعشرون

التنظيم في المستشفيات

1 ـ تعريف التنظيم
2 ـ أهداف التنظيم في المستشفى
3 ـ أنواع التنظيم
4 ـ البناء التنظيمي للمستشفى
أ ـ العوامل التي تتحكم في اختيار البناء التنظيمي
ـ حجم المستشفى
ـ مدى التعقيد في المستشفى
ـ العنصر الإداري في المستشفى
ـ اللوائح والأدلة بالمستشفى
ب ـ تأثير هذه العوامل على اختيار البناء التنظيمي المناسب للمستشفى
5 ـ نماذج البناء التنظيمي
أ ـ النموذج الميكانيكي للتنظيم
ـ التنظيم الخطّي
ـ التنظيم الخطّي للموظفين
ـ التنظيم الوظيفي
ب ـ النموذج العضوي للتنظيم
ـ التنظيم على أساس المشروع
ـ التنظيمي على أساس المصفوفات
ج ـ اختيار نموذج التنظيم المناسب للمستشفى
د ـ مراحل إعداد البناء التنظيمي للمستشفى
ـ تحديد الأهداف العامة والأهداف التفصيلية والبرامج
ـ تحديد النشاطات
ـ تصنيف النشاطات

- تجميع أوجه النشاطات في وحداتٍ تنظيمية
- طريقة تجميع النشاطات على أساس الوظائف
- طريقة تجميع النشاطات على أساس الخدمات الطبية المقدمة
- طريقة تجميع النشاطات على أساس مستويات الرعاية الطبية المقدّمة
- طريقة تجميع النشاطات على أساس وقت العمل
- البناء التنظيمي للمستشفى
- وحدة خطّ إعطاء الأوامر

6 ـ السلطة

- السلطة الخطيّة
- السلطة الإضافية أو سلطة العاملين
- السلطة الوظيفية
- تناسب السلطة مع المسؤولية
- المركزية واللامركزية في السلطة
- تفويض السلطة
- نطاق الإشراف

7 ـ اللجان

تنظيم المستشفى(1)

Organization of the Hospital

مقدّمة

للتنظيم أهميته التي تعود في جذورها إلى الماضي البعيد، عندما أدرك الإنسان منذ القدم حاجته إلى أن يتعاون مع أخوه الإنسان في إنجاز بعض المهام التي لا يستطيع أن يقوم بها وحده، وبالتالي أهمية تعاونه مع أخيه.

ويكتسب التعاون بين العاملين في المستشفى أهمية خاصة إذا ما قورن بالمنظمات الأخرى، ذلك أن المستشفى يعمل على تقديم خدمات تخصصية تتسم - إلى حد كبير - بطبيعتها العاجلة غير القابلة للتأجيل.

ولا يمكن تصور إتمام تأدية هذه الخدمات بالجودة المناسبة دون تضافر جهود العاملين وتعاونهم، كلٌ في مجال اختصاصه. ولا تتجلى أهمية التنظيم في النظام العام للمستشفى فحسب، بل وفي نظمه الفرعية أيضاً، فلو نظرنا إلى طبيعة المهام التي تؤديها وحدات التمريض في المستشفى والمهارات الإنسانية والتكنولوجية والمادية الموظفة في تنفيذها، لرأينا أهمية تنظيم مجهودات العاملين في هذه الوحدات لتحقيق الفائدة الكلية للمستشفى، من حيث كفاءة إنجاز الأهداف وكفايتها. كما تتمثل أهمية التنظيم في المستشفى في تفادي ما قد يطرأ من صراعات تنظيمية على السلطة بين الجهازين: الإداري والطبي.

ومن هنا تبدو أهمية تناول التنظيم - في هذا الفصل - من حيث مفهومه وأهدافه وأنواعه، فضلاً عن التركيب التنظيمي للمستشفى مع إيراد نماذج له، وبيان مراحل إعداده.

---

(1) مقتبس من كتاب للأستاذ حسان مرستاني - معهد الإدارة العامة، 1990.

1 ـ تعريف التنظيم Definition of Organizing

تناول تعريف التنظيم كثير من الباحثين المهتمين بعملية التنظيم، فآلن Allen يرى أنه "العملية التي يتم بموجبها تحديد أداء الأعمال وتقسيمها، وتوضيح تفويض السلطة والمسؤوليات، وإنشاء العلاقات بين العاملين لتمكينهم من العمل معاً بأقصى كفاءة ممكنة لإنجاز الأهداف". بينما يعرفه كونتز وأودونل Koontz and O'Donnell بأنه "تجميع أوجه النشاطات الضرورية لإنجاز الأهداف العامة والخطط في وحدات تنظيمية مناسبة، وضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات والتنسيق بينها". أما هودجتس وكاسيو Hodgetts and Cascio فيريان أنه "العملية التي يتم بموجبها توزيع الواجبات على العاملين والتنسيق بين مجهوداتهم بشكل يضمن تحقيق أقصى كفاية ممكنة لبلوغ الأهداف المحددة مسبقاً". في حين يرى جالبرث Galbraith أن التنظيم "يتألف أولاً من خيارات لكيفية تقسيم المهمة الرئيسية إلى مهمات فرعية يمكن أداؤها بفرد أو مجموعة من الأفراد".

وبقراءة متأنية للتعريفات السابقة يمكن أن نلاحظ أنها تدور حول العملية التي يتم بها تحديد المهام والواجبات المناطة بالوحدات التنظيمية ـ التي تستدعيها طبيعة العمل في المستشفى ـ وتوزيعها على العاملين والتنسيق بينهم، فضلاً عن تحديد السلطة والمسؤولية بين مختلف هذه الوحدات بالشكل الذي يكفل تنفيذ خططها بالكفاءة والكفاية القصوى، وبالتالي تحقيق أهدافها المرسومة.

2 ـ أهداف التنظيم في المستشفى

لا تختلف أهداف التنظيم في المستشفيات بعضها عن بعض، فكلها ترمي إلى تنفيذ خطط المستشفى بأقصى كفاءة وكفاية ممكنة. ومن أهم هذه الأهداف:

- إيجاد الوحدات التنظيمية التي تستدعيها طبيعة العمل في المستشفى بالشكل الذي تتحدَّد فيه المهام والواجبات المناطة بكلٍ من هذه الوحدات التنظيمية بصورةٍ محدَّدة وواضحة ودقيقة.
- تحديد سلطات ومسؤوليات العاملين في المستشفى بشكلٍ واضح ودقيق، بما يؤدي إلى إمكان تحديد المسؤول عما قد يقع من قصورٍ بسهولةٍ ويسر.
- تحديد إجراءات وأساليب العمل procedures and methods للوحدات التنظيمية التي تقوم بمهام تنفيذية نمطية routine work كإجراءات السجلات الطبية من حيث ترتيب نماذجها وتصنيفها وفهرستها وترميزها وحفظها واسترجاعها.
- التنسيق بين نشاطات الوحدات التنظيمية المختلفة من خلال تحديد علاقة بعضها بالبعض الآخر، وتدعيم خطوط الاتصال بينها، والتخطيط المسبق للأساليب

التنسيقية الواجب اتباعها، كالمشاورات الشفوية والكتابية بين الأطباء، والاجتماعات التي تعقدها اللجان الطبية وشبه الطبية والإدارية لتدارس موضوعات معينة وتقديم تقارير عن نتائجها إلى الوحدات التنظيمية ذات العلاقة.

- القدرة على الاستجابة لما يطرأ على المستشفى من تغيُّرات، وذلك بتوفير ما تستلزمه مواجهة تلك المتغيرات، سواء في أعماله ونشاطاته، أو في التكنولوجيا المستخدمة في هذه الأعمال، وتلك النشاطات، أو في مهارات العاملين فيه، أو في العناصر التي تحيط به، وهذا ما يؤدي بالمستشفى إلى إمكان التكيُّف مع الظروف المستجدة، فضلاً عن مسايرة التقدم الطبي والعلمي والتقني.

3 ـ أنواع التنظيم

تعود جذور تصنيف التنظيم إلى تنظيم رسمي formal organization وآخر غير رسمي informal organization لرواد المدرسة الكلاسيكية والمدرسة السلوكية في الإدارة. فالأولى (الكلاسيكية) ركزت على التنظيم الرسمي الذي يهتم بالبناء التنظيمي للمنظمة والذي يقصد منه، إيجاد علاقات مدروسة بين عناصر الهيكل ـ أو البناء التنظيمي ـ وفق قواعد وترتيبات تضعها الإدارة لتحقيق أهداف المنظمة بفعالية. وهذه القواعد والترتيبات توضح عادة في الخريطة والدليل التنظيمي للمنظمة، ووصف الوظائف، وتحديد إجراءات العمل، والوثائق والأدلة الرسمية الأخرى.

أما المدرسة الثانية (السلوكية) فقد اهتمت ـ بشكلٍ رئيسي ـ بالعلاقات غير الرسمية بين جماعات العمل في داخل المنظمة، وقد نتج عن ذلك أهمية دراسة التنظيم غير الرسمي في المنظمة وهو الذي يصوِّر شبكة التنظيمات غير الرسمية بين جماعات العمل، في داخل التنظيم الرسمي للمنظمة، وتنشأ نتيجة التفاعل الطبيعي غير المقصود بين الأفراد العاملين الذين تربطهم بعضهم ببعض مصالح وآمال مشتركة.

هذا، وقد أدى الاختلاف الفكري بين المدرستين إلى قيام علماء التنظيم بتمييز كلا النوعين من الناحية النظرية، برغم أنهما متداخلان من الناحية العملية، ويصعب الفصل بينهما.

وسنركِّز في هذا الفصل على التنظيم الرسمي الذي يهتم بالبناء التنظيمي للمستشفى، تاركين للقارىء مطالعة موضوع التنظيم غير الرسمي وأثره على المستشفى في بعض الكتب المرجعية التي تناولت هذا الموضوع بشيء من التفصيل.

4 ـ البناء التنظيمي للمستشفى

يوضح البناء التنظيمي المستويات التنظيمية للجهازين الطبي والإداري في المستشفى، والوحدات التنظيمية المندرجة تحت هذه المستويات، للقيام بتنفيذ النشاطات المرسومة

لها وتحقيق أهداف المستشفى، فضلاً عن تدفق المعلومات الرأسية والأفقية بين هذه الوحدات. ويتم الإعلام بالبناء التنظيمي للمستشفى عادة في دليل تنظيمي يتضمن غالباً خارطة تنظيمية.

وسنتناول فيما يلي أهم العوامل التي تتحكم في اختيار البناء التنظيمي المناسب للمستشفى وما يرتبط بها من مؤشرات، ثم تأثير هذه العوامل على البناء التنظيمي:

أ ـ العوامل التي تتحكم في اختيار البناء التنظيمي للمستشفى والمؤثرات المرتبطة بها:

ـ حجم المستشفى: ويرتبط بهذا العامل مؤشرات دالة على قياس هذا الحجم، من أهمها:

- عدد أسِرَّة المستشفى المتاحة bed complement.
- عدد العاملين في المستشفى منسوباً لعدد الأسِرَّة staff per bed ratio.
- موجودات المستشفى الثابتة fixed assets وتشتمل على الأراضي والمباني والتجهيزات الأساسية والسيارات والأسِرَّة، علاوة على الموجودات المتداولة current assets التي تتضمن حسابات المرضى والمخزون السلعي من أغذية وأدوية وبياضات والإيرادات المتوفرة.
- عدد أيام علاج المرضى patient days وعدد حالات الدخول خلال فترة زمنية محددة.
- العوائد الكلية total revenues والمصروفات التشغيلية الكلية total expenses في خلال فترة زمنية محدَّدة.

ـ **مدى التعقيد في المستشفى Hospital Complexity**: يمكن قياس درجة التعقيد في المستشفى على ضوء النشاطات المختلفة التي تؤدَّى فيه بالمهارات الإنسانية الموظفة لتنفيذها.

وفيما يلي بعض المؤشرات المستخدمة في قياس درجة التعقيد في المستشفى:

- عدد المرضى المترددين على الخدمات العلاجية في المستشفى حسب درجات الرعاية التي تتطلبها الحالات المرضية: عامة ـ صعبة ـ بالغة الصعوبة.
- عدد العاملين المهرة الذين يعملون في المستشفى؛ إذ إن العاملين المهرة يجلبون نشاطات جديدة للمستشفى.
- عدد أجهزة التشخيص والعلاج قيد الاستعمال.
- عدد الأقسام المتاحة ونطاق الخدمات التي تقدمها.

ـ العنصر الإداري في المستشفى: جدير بنا أن نشير باديء ذي بدء إلى أن إداريي المستشفى هم أولئك الأشخاص الذين يقضون معظم وقتهم في توجيه الموظفين والإشراف على أدائهم، وذلك بدءاً من الإدارة العليا وانتهاء بالإدارة المباشرة على مستوى المشرفين. وعلى ذلك، لا يسمى الموظف إدارياً ما لم يشرف على مرؤوسين.

ـ اللوائح والأدلة بالمستشفى: وتشمل الأدلة التنظيمية وأدلة الإجراءات والتقارير الخاصة بالسياسات، والأحكام التنظيمية في المستشفى المتعلقة بشؤون الموظفين وبالسياسات المالية.

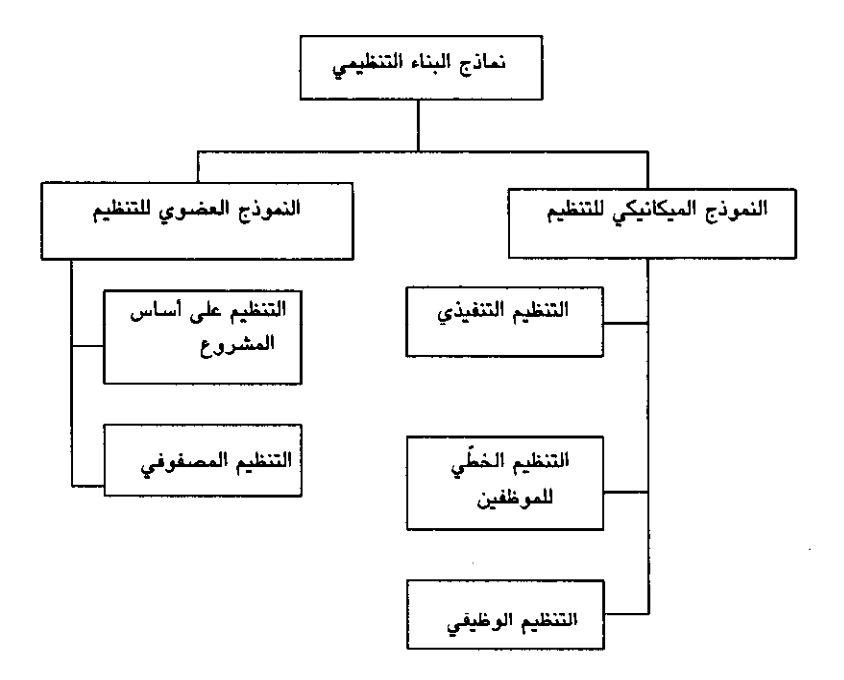
ب ـ تأثير هذه العوامل على اختيار البناء التنظيمي المناسب للمستشفى:

يمكن إيجاز العوامل المؤثرة على اختيار البناء التنظيمي المناسب للمستشفى في النقاط التالية:

- وجود علاقة وثيقة بين درجة التعقيد في المستشفى وبين حجمه، بمعنى أنه كلما زادت درجة التعقيد في المستشفى التي تتمثل في ازدياد القدرات الإنسانية والتكنولوجية المستخدمة في تنفيذ النشاطات، زاد حجم المستشفى، وبالتالي زاد تعقيد البناء التنظيمي للمستشفى بسبب الحاجة الماسة إلى تحديد علاقات السلطة والمسؤولية، والتنسيق في علاقات العمل بين هذه القدرات المتزايدة.
- ارتباط حجم المستشفى ومدى درجة التعقيد فيه وكذلك بالعنصر الإداري الموجود به ارتباطاً وثيقاً. فمع ازدياد حجم المستشفى وتزايد درجة التعقيد فيه، يزداد عدد الإداريين في المستشفى، وبالتالي يزداد عدد المستويات الإشرافية في البناء التنظيمي لإحكام عملية الرقابة على أداء العمل.
- اعتماد تحديد البناء التنظيمي للمستشفى ـ كما أسلفنا ـ على حجمه، فكلما زاد حجم المستشفى زادت أهمية وجود القواعد الرسمية الخاصة بتنظيم العمل. فعلى سبيل المثال، يُسهِّل وجود الدليل التنظيمي للعاملين في المستشفى التعرف على نشاطاته المتنوعة، والوحدات التنظيمية المختصة بتنفيذ هذه النشاطات، وكذلك على الأعمال المناطة بهم، والواجبات المطلوبة منهم. ويقاس على هذا المثال، أهمية أدلة الإجراءات وسياسات التوظيف ولوائح التمريض والأطباء، وأحقية العلاج وغيرها من القواعد الرسمية الخاصة بتنظيم العمل.

5 ـ نماذج البناء التنظيمي

يفرق دارسو التنظيم ـ على ضوء دراسة أجريت من قبل "برنز وستوكر" Burns and Stalker في شركة الإلكترونيات والنسيج بين نموذجين تنظيميين هما: النموذج الميكانيكي والنموذج العضوي.



الشكل 1 ـ نماذج البناء التنظيمي

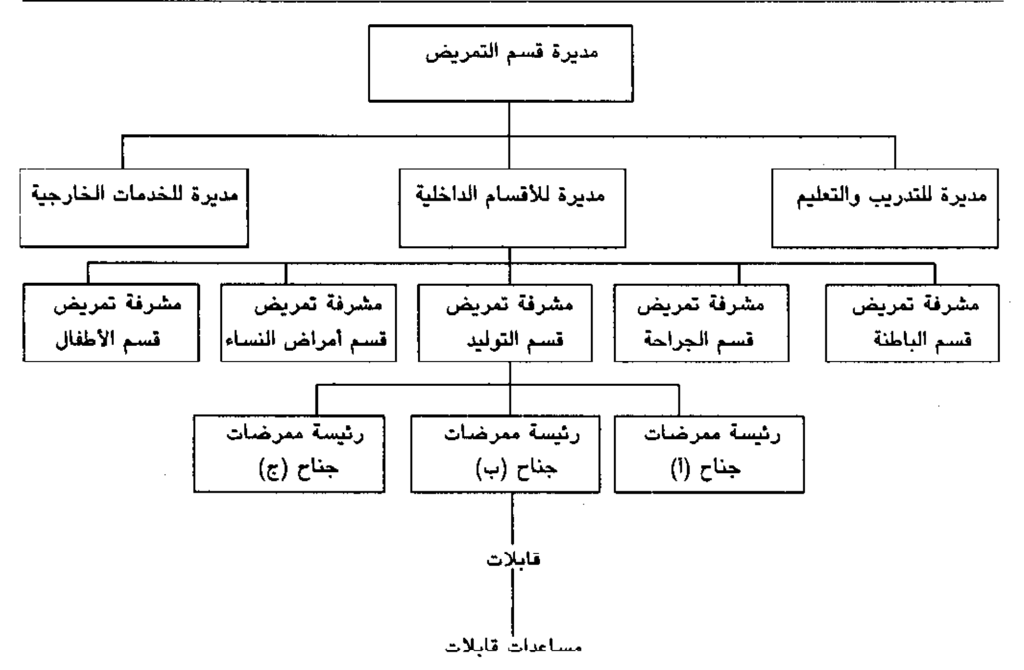
أ ـ النموذج الميكانيكي للتنظيم Mechanistic Organizational Form

ويشبه هذا النموذج إلى حد كبير النموذج البيروقراطي للتنظيم لأنه، من الناحية العملية، يشترك معه في عناصر جوهرية هامة من أهمها:

- تقسيم أعمال المنظمة إلى تخصصات دقيقة ومحددة.
- تعريف واضح للتسلسل الهرمي في المنظمة.
- تركز التعليمات وضوابط العمل rules and regulations واتخاذ القرارات في المستوى الأعلى بالمنظمة.

ومن أهم الأشكال التنظيمية لهذا النموذج

ـ **التنظيم الخطي Line Organization**: ويطلق عليه أيضاً التنظيم الراسي أو العمودي. ويتكوّن البناء التنظيمي فيه ـ كما هو موضّح في الشكل (2)، من مستويات إدارية يرتبط بعضها ببعض بخطوط متصلة تتدرج فيها السلطة، على شكل أوامر وتعليمات، من المستوى الإداري الأعلى إلى المستوى الإداري الأدنى.



الشكل 2 ـ البناء التنظيمي الخطي لقسم التمريض

ومن مزايا هذا التنظيم:

- أنه يعتبر من أنسب أنواع التنظيم بالنسبة للمنظمات الصغيرة، غير القائمة على تقسيم العمل على أساس التخصص الوظيفي، والتي تتسم ببساطة الأعمال التي تؤديها. ففي هذا النوع من التنظيم يشرف كل مدير أو مديرة إشرافاً مباشراً على العاملين ضمن وحدته، وهو مسؤول عن تنفيذ مهام الوحدة بشكلٍ تام وكامل.
- أنه يعرض بوضوح خط تلقي الأوامر بالنسبة للمرؤوسين. فكل مرؤوس يعرف من هو رئيسه ومدى سلطاته، فضلاً عن معرفته لواجباته ومسؤولياته.
- أن من سماته وضوح الرؤية عند مديري الوحدات الإدارية، وكذلك عند التنفيذيين التابعين لهم بالنسبة لطبيعة القرارات المتخذة عند كل مستوى من المستويات الإدارية.

ومن عيوبه:

- صعوبة تطبيقه في المنظمات التي تؤدي مهام تخصصية، بسبب إغفاله تقسيم العمل على أساس التخصص، وبالتالي يصعب على المدير الإشراف المباشر على أداء العاملين التنفيذيين التابعين لوحدته في التخصصات المتعددة. فمن الناحية العملية، لا يستطيع رئيس الجهاز الطبي في المستشفى الإشراف المباشر على

الأطباء في التخصصات المختلفة، ولا القيام بكل الأعباء الإدارية، دون الاستعانة بمتخصصين من هؤلاء الأطباء.

- ومن الجدير بالذكر، أن هذا التنظيم يناسب الوحدات التنظيمية التي تؤدي أعمالاً نمطية روتينية routine work في المستشفى كوحدات خدمات التمريض والمختبرات الإكلينيكية والسجلات الطبية والتنظيف والتدبير المنزلي وغيرها من الوحدات التي تؤدي أعمالاً نمطية روتينية.

ـ التنظيم الخطّي للموظفين Line and Staff Organization: ويتكوّن هذا النوع من التنظيم ـ كما هو موضّح في الشكل (3)، من مستويات إدارية يرتبط بعضها ببعض بخطوط متصلة تتدرج فيها السلطة، كتلك التي تكون للتنظيم التنفيذي، بالإضافة إلى عن وجود وحدات تضم مستشارين متخصصين تنحصر مهمتهم في تقديم النصح والمشورة إلى المديرين التنفيذيين الذين يملكون سلطة اتخاذ القرار.

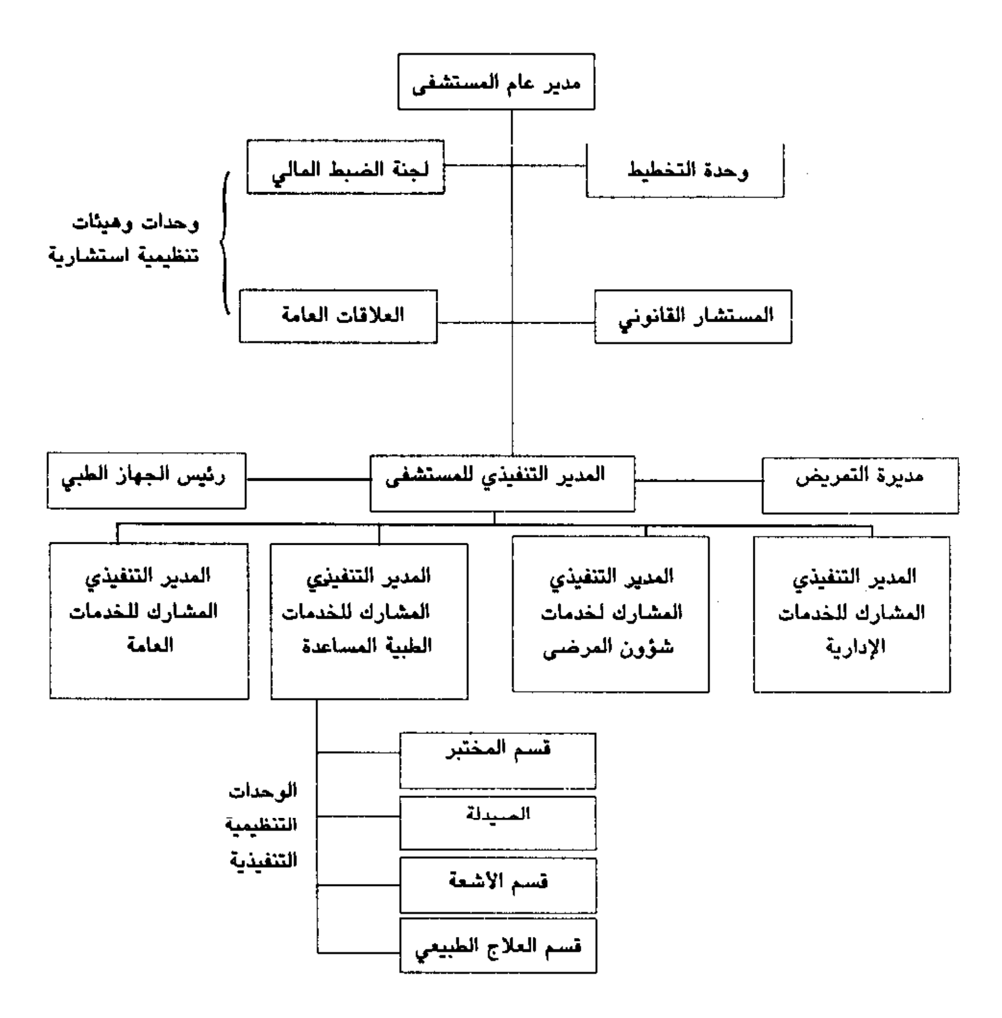
ومن مزايا هذا التنظيم:

- أنه يعتبر من أنسب أنواع التنظيم بالنسبة للمنظمات الكبيرة. فالاستشاريون الفنيون من المتخصصين يستعان بهم في الجوانب التخصصية قبل اتخاذ بعض القرارات من قبل الإداريين التنفيذيين، بما يؤدي إلى اتخاذ هؤلاء الإداريين قرارات أفضل.
- أنه يعرض بوضوح مصدر الأمر بالنسبة للمرؤوسين. فكل مرؤوس يعرف من هو رئيسه ومدى سلطاته، فضلاً عن معرفته لواجباته ومسؤولياته.
- وضوح الرؤية عند مديري الوحدات الإدارية وكذلك عند التنفيذيين التابعين لهم بالنسبة لطبيعة القرارات المتخذة عند كل مستوى من المستويات الإدارية.

ومن عيوبه:

- أنه قد يؤدي إلى احتمال حدوث صراع بين الإداريين التنفيذيين والاستشاريين عند تعارض الآراء بينهم، فضلاً عن عدم إمكان تحديد المسؤولين عند إخفاق المنظمة في أمرها. فالاستشاريون ليسوا مسؤولين عن نتيجة اقتراحاتهم، والتنفيذيون قد يبررون فشلهم بسوء الاقتراحات المقدمة من الاستشاريين.

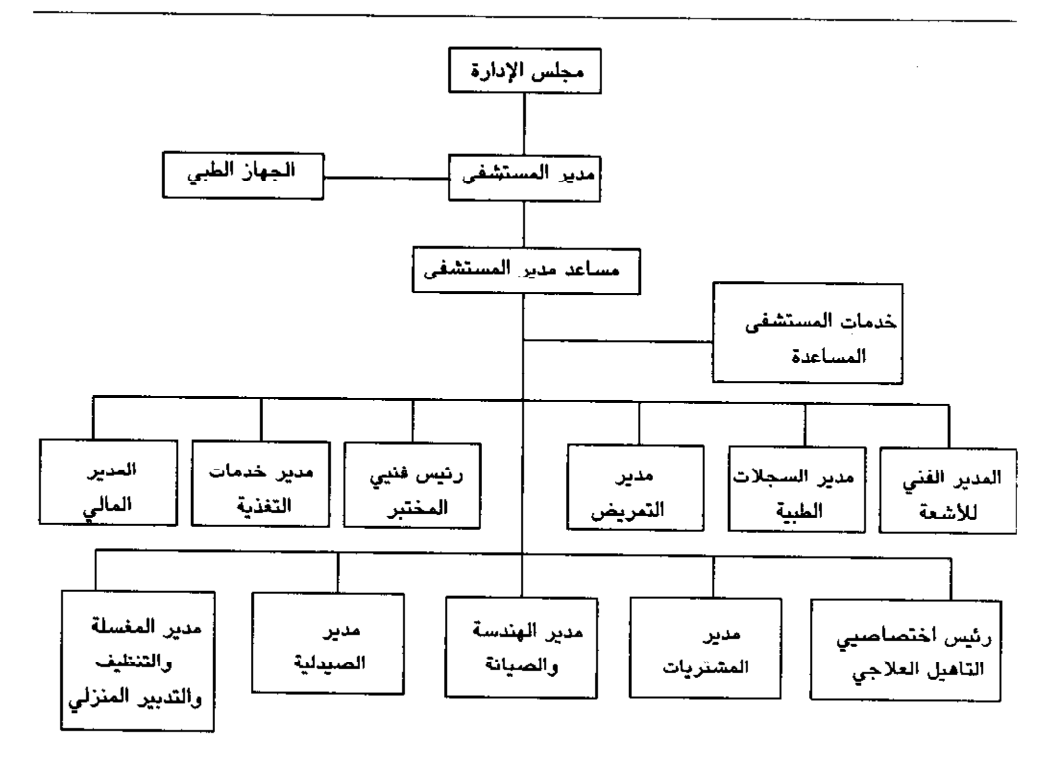
والجدير بالذكر، أن هذا النوع من التنظيم يناسب البناء التنظيمي للمستشفى بسبب كون العديد من القرارات الواجب اتخاذها من قبل المديرين التنفيذيين تحتاج إلى خبرة الاستشاريين من المتخصصين في مجالات العمل المختلفة.



الشكل 3 ـ التنظيم الخطّي للموظفين في المستشفى

ـ التنظيم الوظيفي Functional Organization:

يختلف البناء التنظيمي في التنظيم الوظيفي، كما هو موضّح في الشكل (4)، عن التنظيمين السابقين، فالعمل في المنظمة يقسم ـ في هذا النوع من التنظيم، على أساس التخصص، للاستفادة القصوى من الخبراء المتخصصين العاملين فيها. بمعنى أنه بدلاً من أن يستعان بالاستشاريين المتخصصين لتقديم النصح والمشورة إلى المديرين التنفيذيين، يكون هؤلاء المستشارون أنفسهم مديرين للوحدات التنظيمية التنفيذية، لهم سلطة على من هم تحت نطاق إشرافهم وعلى الذين يزاولون مهام تدخل في اختصاص وحداتهم.



الشكل 4 ـ التنظيم الوظيفي للمستشفى

ومن أهم مزاياه:

أن تقسيم العمل على أساس التخصص الوظيفي يُسهِّل عملية اتخاذ القرارات ذات الطابع الفني القائمة على التخصص من قبل الإدارات الفنية، وبالتالي يزيد من كفاءة المنظمة وكفايتها.

ومن أهم عيوبه:

احتمال عدم وضوح السلطة والمسؤولية للموظفين نتيجة تداخل نطاق إشراف الفنيين والتنفيذيين.

ب ـ النموذج العضوي للتنظيم Organic Organizational Form

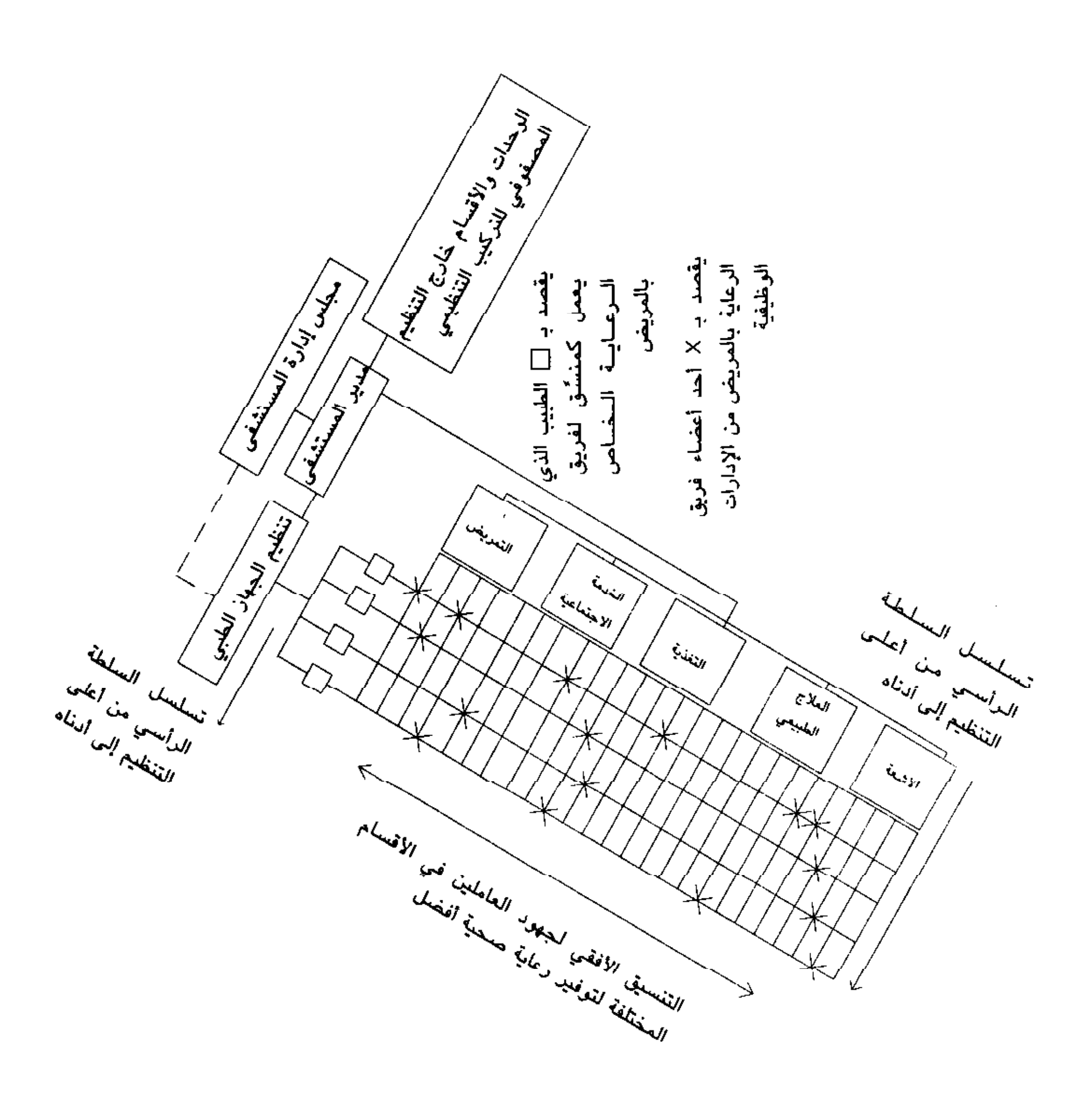
يركز هذا النموذج على توفير نوع من اللامركزية، يتيح للخبرات المتخصصة اتخاذ القرارات لمواجهة المشكلات أو الحالات التي تستجد في كل مستويات التنظيم، كما يركز على ضرورة مرونة أساليب القيادة واتسامها بالطابع غير الرسمي من أجل أن تتكيف مع قدرات العاملين ومهاراتهم. ومن أهم أشكال هذا النموذج:

- **التنظيم على أساس المشروع Project Organization:** تستخدم المستشفيات في الواقع العملي أسلوباً تنظيمياً متميِّزاً للعناية بالمرضى الموجودين في المستشفى أو حتى المراجعين له، وهذا الأسلوب يقوم على تشكيل فرق المشروعات (Project Teams) الخاصة بالعناية بهؤلاء المرضى، تحت توجيه وقيادة الأطباء المتخصصين وتنسيق أمور العناية بهم مع الفنيين ذوي العلاقة، كالممرضات واختصاصيي التغذية وفنيي الأشعة والمختبر وغيرهم من الفنيين. وعندما يغادر هؤلاء المرضى المستشفى ينتهي عمل هذه الفرق، ويتم تشكيل فرق جديدة للمرضى الجدد بالمستشفى إما من المتخصصين والفنيين السابقين أو من آخرين جدد تبعاً لأحوال هؤلاء المرضى الصحية.

وعلى ضوء ما سبق تكون فرق المشروعات، الخاصة بالعناية بالمرضى، فرقاً مؤقتة لتحقيق هدف العناية بالمرضى.

ومن أهم ما يميِّز هذا النوع من التنظيم عن التنظيمات الأخرى، الاعتماد الكلي على العلاقات الأفقية، أو التنسيق الأفقي بين الأقسام الفنية horizontal coordination، بين المتخصصين والفنيين، إذ إن الاتصالات بين أعضاء الفريق تتم بشكل أفقي، وذلك على عكس الوضع في التنظيم البيروقراطي حيث تكون طبيعة الاتصالات رأسية أو هرمية. كما أن هذا النوع من التنظيم يوفر مرونة واستجابة أكثر للأفكار المبدعة إذا ما قورن بالتنظيم الوظيفي (أحد أشكال التنظيم الميكانيكي).

- **التنظيم على أساس المصفوفات Matrix Organinzation:** ويتكون هذا النوع من التنظيم، كما هو موضّح في الشكل رقم (5)، من ضم تنظيم فرق المشروعات، الذي يظهر العلاقات الأفقية بين العاملين في الوحدات التنظيمية الفنية، والتنظيم الوظيفي الذي يوضح العلاقات العمودية بين رؤساء الوحدات التنظيمية ومرؤوسيهم الذين يعملون في فرق المرضى. وبمعنى آخر، فإن الممرضة التي تعمل ضمن إدارة التمريض وهي إدارة وظيفية، تشارك أيضاً في فريق العناية الخاص بالمريض (التنظيم على أساس المشروع). إذاً موقع الممرضة التنظيمي يرتبط بعلاقتين: علاقة عمودية مع رئيسة التمريض، وعلاقة أفقية مع الطبيب المختص (رئيس الفريق أو المشروع). وهذا الازدواج في مصدر الأمر الذي ترتبط الممرضة من خلاله بكل من رئيسة التمريض والطبيب المختص يمثل شكلاً تنظيمياً مركباً من علاقات ذات أبعاد عمودية وأخرى أفقية، وبالتالي يأخذ هذا الارتباط شكل المصفوفة الهندسية، ولهذا سمي هذا الشكل بالتنظيم على أساس المصفوفات.



الشكل 5 ـ التنظيم المصفوفي للبناء التنظيمي للمستشفى

ولعل أهم ما يفرق بين هذا النوع من التنظيم عن الأشكال التنظيمية الميكانيكية السالف ذكرها أنه يعتبر، كما هو الحال في التنظيم على أساس المشروع، شكلاً تنظيمياً مؤقتاً ومرناً من حيث استفادته من الخبرات الفنية المتخصصة، العاملة في الوحدات التنظيمية الوظيفية المختلفة، والتنسيق بينها بما يؤدي إلى سد احتياجات فرق العناية بالمرضى من هذه الخبرات وهو أسلوب الفريق المتعدد الاختصاصات multidisciplinary team approach في الوقت والمكان المناسبين. غير أن أهم ما يعيب هذا النوع من التنظيم هو

ازدواجية السلطة. فالعاملون في المستشفى يتلقون الأوامر والتعليمات من رؤساء الفرق ومن رؤساء الوحدات التنظيمية الوظيفية التابعين لها، الأمر الذي قد يولِّد احتكاكاً بين هؤلاء الرؤساء على السلطة، ويؤدي إلى إرباك العاملين بسبب تعدد مصدر الأمر بالنسبة لهم. غير أن هذا الاحتكاك يمكن معالجته بالتعاون المسبق بين هؤلاء الرؤساء، وبتدخل مدير عام المستشفى في حال عدم توصلهم إلى قرار من تلقاء أنفسهم لحل هذا الاحتكاك.

ج ـ اختيار نموذج التنظيم المناسب للمستشفى

من العرض السابق للأشكال التنظيمية لكلا النموذجين: الميكانيكي والعضوي، يتضح أن الاختلاف بينهما ليس في الأشكال التنظيمية فقط وإنما في طريقة العلاقات والاتصالات بين العاملين في المستشفى، وقد أشرنا إلى إمكان الاستفادة من الأشكال التنظيمية لكلا النموذجين في تنظيم المستشفى.

ويمكن اعتبار كل من هذين النموذجين فعالاً في تنظيم المستشفى، غير أن النموذج العضوي للتنظيم يعتبر أكثر فاعلية من النموذج الميكانيكي في مجال تنظيم الخدمات الطبية في المستشفى، ذلك أن متطلبات العمل في هذه الخدمات لا يمكن تحديدها أو برمجتها بشكلٍ دقيق، لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم من هذه الخدمات، فضلاً عن مرونة هذا النموذج في الاستفادة من الخبرات الفنية المتخصصة بما يؤدي إلى سد احتياجات المرضى من هذه الخبرات في الوقت والمكان المناسبين.

أما النموذج الميكانيكي للتنظيم فهو فعال عند تنظيم بعض الخدمات المساعدة في المستشفى التي تؤدى بأسلوب نمطي، إذ يمكن تحديد خطواتها تحديداً دقيقاً وجدولتها وذلك كخدمات المختبر والأشعة والسجلات الطبية والتنظيف والتدبير المنزلي والمغسلة.

د ـ مراحل إعداد البناء التنظيمي للمستشفى

يتم إعداد البناء التنظيمي للمستشفى وفق المراحل التالية:

ـ **تحديد الأهداف العامة والأهداف التفصيلية والبرامج:** سبقت الإشارة إلى ماهية هذه المفاهيم وعلاقة الترابط بينها. وكما ذكرنا من قبل، يتأثر المستشفى كنظام مفتوح بشكلٍ مباشر باحتياجات أفراد المجتمع وبرغباتهم الصحية، كما يتأثر بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية السائدة في البيئة المحيطة به. وبالتالي تتغير الأهداف العامة والأهداف المحددة والبرامج ـ التي تكون بمجموعها خطة المستشفى التنفيذية ـ باستمرار تبعاً لهذه الظروف. وبما أن عملية التنظيم ترمي في جوهرها إلى ترجمة ما جاء في خطة المستشفى التنفيذية إلى واقعٍ عملي من خلال تحديد النشاطات

المطلوبة وبيان طرق تنفيذها وتوزيعها على العاملين من أجل تحقيق أهداف هذه الخطة بأقصى كفاية ممكنة، فإن تنظيم المستشفى ينبغي أن يتصف بالمرونة والتكيف ليتلاءم مع هذه الخطة.

ـ **تحديد النشاطات:** تجدر الإشارة إلى أن نشاطات المستشفى تشمل الأعمال التي يؤديها العاملون في الوحدات التنظيمية المختلفة لتحقيق خطة المستشفى التنفيذية. وبالتالي يعتبر تحديد هذه النشاطات بمثابة الخطوة الأولى في عملية التنظيم التي تعتمد عليها إدارة المستشفى قبل شروعها في اختيار شكل التنظيم المناسب للمستشفى.

ويمكن تحديد نشاطات المستشفى بطريقتين:

- **تحديد نشاطات المستشفى من أعلى التنظيم إلى أدناه:** ويتم ذلك بدراسة وظائف الإدارة العليا والمهام المنوطة بها، ثم تسلسل المستويات الإدارية ـ على مستوى الإشراف ـ التي تندرج تحتها الدنيا منها.
- **تحديد نشاطات المستشفى من أدنى التنظيم إلى أعلاه:** ويتم ذلك بدراسة وظائف الإدارة المباشرة والمهام المنوطة بها ثم التدرج إلى المستوى الإداري الذي يعلوها حتى وظائف الإدارة العليا.

وتمتاز الطريقة الأولى عن الطريقة الثانية بقصر وقت تحديد النشاطات، علاوة على أنها تبدأ عند مستوى متخذي القرارات الذين يتوافر لديهم النظرة الشاملة للشبكة network view فيما يتعلق بالعلاقات المتداخلة بين الوحدات التنظيمية المختلفة.

ومن الجدير بالذكر، أن ناتج مرحلة تحديد الأهداف العامة والأهداف التفصيلية والبرامج يمكن استخدامه كدليل تسترشد به إدارة المستشفى عند تحديد نشاطاتها، وعند دراسة مدى ملاءمتها لأهداف الخطة التنظيمية في ظل التركيب التنظيمي القائم. وعند تحديد النشاطات بكلا الطريقتين، ينبغي أن تأخذ إدارة المستشفى في اعتبارها أن العاملين الذين يتم الاستفسار منهم عن طبيعة النشاطات التي يقومون بها، يبالغون فيها انطلاقاً من الدفاع عن مصالحهم وسعياً لتحقيق طموحاتهم الشخصية. ومن هنا يجب على الإدارة التمييز بين النشاطات الضرورية وغير الضرورية، وفقاً للمعايير المتبعة في تقويم هذه النشاطات، وعلى ضوء الأهداف المرسومة للوحدات المختلفة.

ـ **تصنيف النشاطات:** يستخدم ناتج المرحلة السابقة في تصنيف نشاطات المستشفى وتجميعها في نوعين:

- **نشاطات المستشفى الأساسية:** وهي النشاطات المتعلقة بتقديم الخدمة الطبية للمستفيدين. وهذا النوع من النشاطات يسهم في تحقيق أهداف المستشفى العامة بطريقةٍ مباشرة. ومن أمثلة هذه النشاطات: نشاطات التشخيص والعلاج.

- **نشاطات المستشفى المساعدة**: وهي النشاطات المتعلقة بتسهيل تقديم الخدمة الطبية للمستفيدين من المستشفى والعمل على تطويرها. وهذا النوع من النشاطات يسهم في تحقيق أهداف المستشفى العامة بطريقةٍ غير مباشرة، ويمكن تقسيم هذه النشاطات إلى:

- نشاطاتٍ ذات طبيعةٍ خدمية: وهي النشاطات التي تخدم المرضى والعاملين في المستشفى، مثل نشاطات: الوحدات الإدارية وخدمات التمريض وخدمات شؤون المرضى والخدمات الطبية المساعدة.
- **نشاطات ذات طبيعةٍ استشارية**: وهي النشاطات التي تخدم الإدارة العليا للمستشفى، والأقسام الطبية، والطبية المساعدة، بتقديم المشورة الفنية، والمساعدة في عملية اتخاذ القرارات. ومن أمثلة هذه النشاطات نشاطات وحدتي التخطيط والتنظيم، ومركز المعلومات، والعلاقات العامة، واللجان الطبية وشبه الطبية.

- **تجميع أوجه النشاطات في وحدات تنظيمية**: بعد تحديد نشاطات المستشفى وتصنيفها في نشاطاتٍ أساسية وأخرى مساعدة، يتم تجميع هذه النشاطات في وحداتٍ تنظيمية، بشرط توافر اعتباراتٍ هامة لإتمام هذه العملية بصورةٍ مثلى، منها:

- **ضمان التنسيق بين النشاطات المختلفة**: إذ يساعد التنسيق بين مختلف أوجه النشاطات بالمستشفى في تلافي التكرار والازدواجية وفي سد الاحتياجات المشتركة بين مختلف النشاطات، فضلاً عن ربط هذه النشاطات بعضها ببعض. ومن الأمثلة على ذلك: التنسيق بين نشاطات التمريض ونشاط كل من: المختبر والأشعة والتغذية والتخدير والصيدلية، وكذلك التنسيق بين نشاطات الممارسين العامين والأطباء المتخصصين.
- **الاهتمام بالنشاطات الرئيسية**: وذلك بفصلها عن النشاطات الأخرى وتجميعها في وحدةٍ تنظيمية منفصلة حتى يتسنى إعطاؤها ما تستحقه من اهتمام. فعلى سبيل المثال، يعتبر نشاط المعلومات، الذي يمثل جميع المعلومات المتدفقة من الوحدات التنظيمية المختلفة، من النشاطات الهامة التي تساعد إدارة المستشفى في اتخاذ القرارات الخاصة بأداء العمل وتطويره. من هذا المنطلق يميل كثير من المتخصصين في التنظيم إلى أن تقوم بهذا النشاط وحدة تنظيمية منفصلة عن باقي الوحدات الأخرى.
- **تسهيل الرقابة**: وذلك بتجميع النشاطات المتقاربة في هدفها تحت إشراف مسؤول واحد، كتجميع نشاطات التشخيص المخبري لإفرازات الجسم والدم والأنسجة تحت إشراف مدير المختبر.

- **الاستفادة القصوى من الخبرات المتخصصة**: فتجميع الخبرات المتخصصة في مجال الجراحة ـ مثلاً ـ في وحدةٍ تنظيمية يتيح تحقيق فوائد عديدة للمستشفى منها:

ـ تيسير سبل الاتصال والتشاور بين المتخصصين، ما يؤدي إلى صقل خبراتهم خاصةً بين المستجدين منهم، وبالتالي زيادة فرص نجاح تشخيص الحالات المرضية وعلاجها.

ـ تخفيض تكاليف النشاط الجراحي في المستشفى، فكلما تجمع هذا النشاط في المستشفى قلّت الحاجة إلى شراء المزيد من الأجهزة والمعدات التي يكون شراؤها لازماً في حال تبعثر هذا النشاط على أكثر من وحدةٍ بالمستشفى، وهذا يؤدي إلى خفض التكاليف.

- **تخفيض التكاليف**: إن إنشاء وحدات تنظيمية لكل نشاط من نشاطات المستشفى يزيد من تكاليفه التشغيلية، لهذا قد يسهم تجميع أوجه بعض النشاطات المتشابهة نوعاً ما ـ بعضها مع بعض ـ في خفض التكاليف. ويتضح ذلك جلياً في المستشفيات صغيرة الحجم نسبياً، عندما يتم دمج نشاط الإحصاء في نشاط السجلات والتقارير الطبية في وحدةٍ تنظيمية واحدة. وهو أمر يؤدي إلى توفير في نفقات تعيين رؤساء لهذه النشاطات في حالة ممارستها من خلال وحداتٍ تنظيمية منفصلة. ويمكن تجميع هذه النشاطات في وحداتٍ تنظيمية بطرقٍ متعددة، لكل منها مزاياها وعيوبها من حيث كفاءتها وكفايتها الإنتاجية.

وتعتمد كل طريقةٍ من طرق تجميع النشاطات على أسس من أهمها: الوظائف أو الخدمات الطبية المقدمة أو مستويات (مراحل) الرعاية الطبية المقدمة أو وقت العمل. ويمكن أيضاً استخدام أكثر من طريقةٍ من هذه الطرق أو استخدام مزيجٍ من بعضها في هذا المجال.

وفيما يلي عرض لأهم هذه الطرق:

ـ **طريقة تجميع النشاطات على أساس الوظائف Functions**: بمقتضى هذه الطريقة تجمّع النشاطات وتوزّع على العاملين، حسب تخصُّصهم المهني في عددٍ من الوحدات التنظيمية، تبعاً للوظائف الرئيسية التي يؤديها المستشفى، بحيث تختص كل وحدةٍ تنظيمية بأداء وظيفةٍ رئيسية معينة. ويمكن وفقاً لهذه الطريقة تجزئة كل وظيفة رئيسية إلى عددٍ من الوظائف الفرعية يخصص لكل منها وحدة تنظيمية قائمة بذاتها يتحدد حجمها على ضوء النشاطات التي تقوم بها.

ويتم في هذه الطريقة حصر الوظائف الرئيسية في الوحدات التنظيمية التالية، على سبيل المثال، الخدمات الطبية، والخدمات الطبية المساعدة، والخدمات العامة المساعدة،

وخدمات التمريض والخدمات الإدارية، وكذلك حصر الوظائف في الوحدات التنظيمية الفرعية التي تتحدد حسب حجم المستشفى ونوعية الخدمة المقدمة فيه.

وجدير بالذكر، أن هذه الطريقة يمكن تطبيقها في المستشفيات صغيرة الحجم نسبياً كالمستشفيات المحلية الصغيرة نسبياً (المجتمعية العامة) general community hospitals التي تتراوح سعتها السريرية من 100 إلى 200 سرير، حيث يكون نطاق الخدمات المقدمة محدوداً وبالتالي يسهل التنسيق بين العاملين في الوحدات التنظيمية المختلفة بهذا النوع من المستشفيات، إذ إن غالبية القرارات تتخذ في المستوى الإداري الأول. أما في المستشفيات كبيرة الحجم فيصعب تطبيق هذه الطريقة بسبب تشعب نطاق الخدمات المقدمة فيها.

- طريقة تجميع النشاطات على أساس الخدمات الطبية المقدمة: وتقوم هذه الطريقة على تجميع نشاطات الخدمات الطبية الأساسية التي يقدمها المستشفى، فضلاً عن نشاطات الخدمات الطبية التخصصية المتفرعة منها التي تقدم من خلال وحداتٍ تنظيمية فرعية تستهدف تخفيف الأعباء الإدارية والفنية الملقاة على كاهل الوحدات التنظيمية الرئيسية بجانب زيادة كفاءة وتقديم الخدمة.

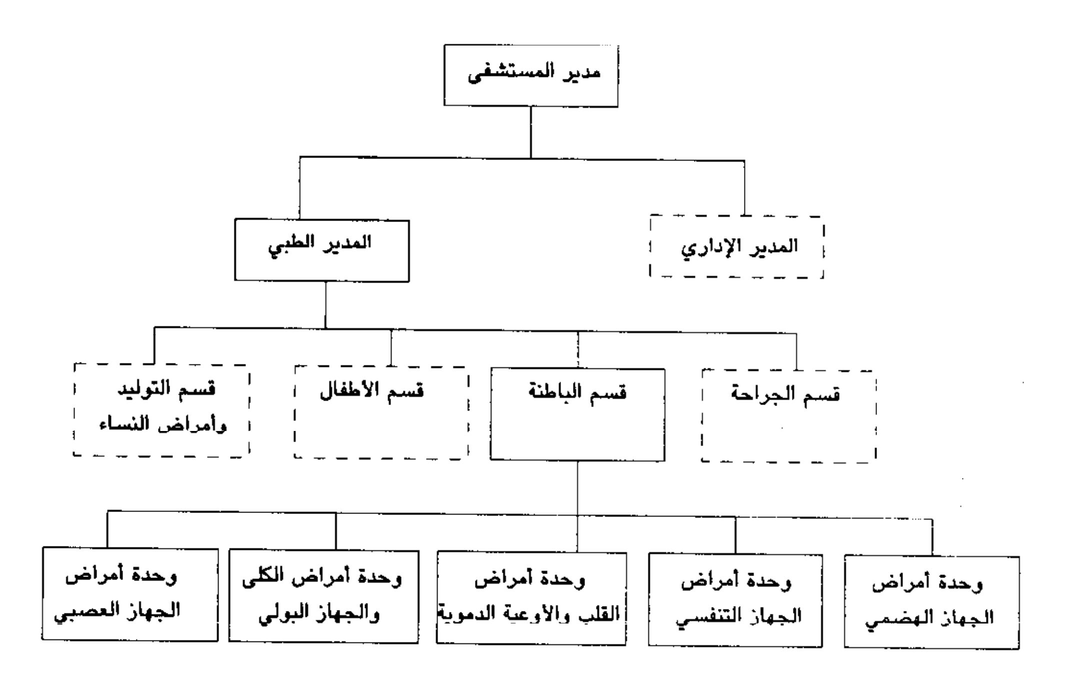
إن هذه الطريقة شائعة الاستخدام في المستشفيات التعليمية الكبيرة التي تقدم عادةً خدمات تخصصية متميزة في المجالات الطبية الأساسية وما يتفرع منها. على سبيل المثال، مجال الأمراض الباطنية كمجال رئيسي يتفرع عنه مجالات فرعية أخرى، منها: أمراض الجهاز التنفسي، أمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض الجهاز البولي والكلى، أمراض الغدد الصمّ والسكري، أمراض الجهاز الهضمي. ويوضح الشكل (6) ذلك.

وجدير بالذكر، أن هذه الطريقة يمكن تطبيقها أيضاً في المستشفيات الصغيرة التي نظمت على أساس الوظائف ثم رافق نموها - من خلال توسعتها - تعدد الخدمات الطبية التخصصية التي تقدمها.

وتجدر الإشارة أيضاً إلى أنه يمكن تطبيق هذه الطريقة في تنظيم نشاطات الخدمات الطبية المساعدة كخدمات التمريض والمختبر وغيرها من الخدمات المتخصصة في المستشفيات الكبيرة.

ومن مزايا هذه الطريقة الاستفادة القصوى من الخبرات الفنية المتخصصة، فضلاً عن التنسيق بينها، فتجميع النشاطات المتخصصة في مجال أمراض الكلى - مثلاً - في وحدةٍ تنظيمية مستقلة يتيح تيسير سبل الاتصال والتشاور بين المتخصصين فيها، الأمر الذي يؤدي إلى صقل خبراتهم، وبالتالي زيادة فرص نجاح تشخيص الحالات المرضية وعلاجها.

ويؤخذ على هذه الطريقة ضعف الاتصالات بين الوحدات التنظيمية الفرعية، وعدم الاستفادة الكاملة من الخبرات الفنية المتخصصة.



الشكل 6 ـ الخدمات الطبية في المستشفى والخدمات الطبية التخصصية المتفرعة منها

ـ **طريقة تجميع النشاطات على أساس مستويات الرعاية الطبية المقدمة:** يتم بموجب هذه الطريقة تجميع نشاطات المستشفى الطبية حسب مستويات، أو مراحل، الرعاية الطبية التي تقدم للمستفيدين من المستشفى على ضوء حالتهم الصحية. ويشيع استخدام هذه الطريقة في غالبية المستشفيات العامة التي تقدم خدمات طبية متنوعة يتم تصنيفها، عادة، في ثلاثة مستويات، هي:

خدمات الرعاية الطبية من المستوى الأول: ويطلق عليها أيضاً " خدمات الرعاية الصحية الأولية". وهذا النوع من الخدمات يقدم في عيادات الرعاية الأولية الخارجية للمستشفى Hospital Outpatient Primary Clinics التي توفر للمستفيدين المترددين عناية شاملة ومستمرة من قبل الممارسين العامين، في ظل الظروف الاعتيادية غير الطارئة، وتنسيق أمور العناية بهم ـ إذا اقتضى الأمر ـ مع العيادات التخصصية التي تقدم رعاية طبية من مستوى أعلى.

خدمات الرعاية الطبية من المستوى الثاني: وهذا النوع من الخدمات يقدَّم بشكلٍ عام في المستشفيات العامة والعيادات التخصصية الخارجية من قبل الأطباء المتخصصين الذين يقومون بالإجراءات اللازمة لتشخيص الحالات المحولة من المستوى الأول وعلاجها، وإحالتها إلى الأقسام الداخلية بالمستشفى إذا لزم الأمر.

خدمات الرعاية الطبية من المستوى الثالث: وهذا النوع من الخدمات يُقدَّم، بصورةٍ عامة، في الأقسام الداخلية بالمستشفى من قبل الأطباء المتخصصين الذين يقومون بإجراء الترتيبات اللازمة للحالات المرضية، المحوَّلة من المستوى الثاني، التي تتطلب عناية خاصة وملاحظة مباشرة للوصول إلى تشخيص هذه الحالات وعلاجها.

وجدير بالذكر، أن هذه الطريقة يمكن استخدامها عند تنظيم قسم الطوارئ في المستشفى بسبب تدرج العناية المقدمة غالباً من عناية بسيطة إلى عناية مركزة.

ومن مزايا هذه الطريقة:

- تسهيل عملية تقدير احتياجات العيادات الأولية والتخصصية والأقسام الداخلية من القوى العاملة والإمكانات المادية على ضوء معدلات استخدام المرضى لهذه الخدمات.
- الاستفادة المثلى من وقت الأطباء المتخصصين لعلاج الحالات المرضية الصحية وتفرغ الممارسين العامين لمواجهة الحالات المرضية البسيطة.
- تنسيق أمور العناية بالمريض مع الخبرات الفنية المتخصصة ذات العلاقة بحالته الصحية، كإحالة المريض من قبل الممارس العام إلى الطبيب المتخصص للاستئناس برأيه حيال المشكلة التي يعاني منها المريض فعلياً.

ـ **طريقة تجميع النشاطات على أساس وقت العمل:** يتم في هذه الطريقة تجميع نشاطات المستشفى الطبية التي تُؤدَّى في أقسام المستشفى الداخلية وفي قسم الطوارئ، وتصنيفها في ورديات عمل بحيث تقوم كل وردية بتقديم الخدمة في فترةٍ زمنية محددة. فعلى سبيل المثال، يكون هناك وردية صباحية، ووردية مسائية وأخرى ليلية. ومن مزايا هذه الطريقة تلبية احتياجات المستفيدين من خدمات المستشفى الطبية على مدار اليوم تبعاً لظروفهم الصحية.

ـ **البناء التنظيمي للمستشفى:** يستخدم ناتج المراحل السابقة في بناء تنظيمي فعّال للمستشفى، تتحدَّد فيه بوضوح السلطة والمسؤولية بين مختلف الوحدات التنظيمية، وكذلك الوظائف الإشرافية والتنفيذية داخل هذه الوحدات بما يؤدي إلى وجود منظمة تتجلَّى فيها روح التعاون وتتحدد فيها الواجبات ويسود فيها التنسيق بين عمل هذه الوحدات انظر الشكل (7).

ويمكن أن يتم ذلك بمراعاة عدة أسس من أهمها:

ـ **وحدة خَطّ إعطاء الأوامر Unity of Command:** وتعني أن كل مرؤوس مسؤول أمام رئيس واحد يتلقى منه الأوامر والتعليمات، وبالتالي يكون هذا الرئيس مسؤولاً عن الإشراف على المرؤوسين وتوجيههم وتقويم أدائهم. فرئيس قسم الجراحة في

المستشفى هو مصدر الأمر للجراحين التابعين لوحدته وهو في الوقت نفسه مسؤول أمام رئيس الجهاز الطبي عن نشاط الجراحة في المسشفى الذي يكون بدوره مسؤولاً أمام مدير المستشفى عن جميع نشاطات الخدمات الطبية المقدمة. (انظر الشكل 8).

ومن مزايا هذا المبدأ أنه يبين تسلسل الأوامر من أعلى التنظيم إلى أدناه ويحدد الرئيس المباشر، فلو كان المرؤوسون يتلقون الأوامر من أكثر من مصدر، لتسبب ذلك في إرباكهم وحيرتهم حول الشخص المسؤول، واختل بذلك الأداء، فضلاً عما قد يحدث من أثرٍ نفسي سيّىء كنتيجة لتعدد مصدر الأوامر للمرؤوسين.



الشكل 7 ـ الوظائف الرئيسية في مستشفى والوظائف المتفرعة منها

وجدير بالذكر، أن هذا المبدأ الذي يتضمَّنه عادةً البناء التنظيمي للمستشفى قد لا يتحقق في كثيرٍ من الحالات عند ممارسة العمل في المستشفى بسبب تعدد مصدر الأمر للمرؤوسين. وقد أوردنا فيما سبق شرحاً لذلك عند عرض التنظيم الوظيفي والتنظيم المصفوفي.

6 ـ السلطة Authority

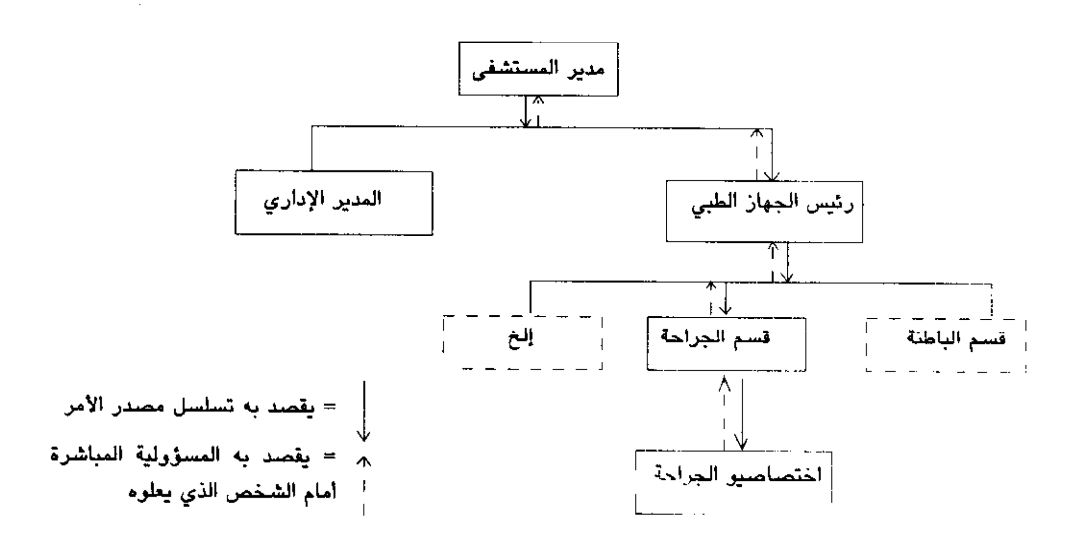
يتم تعريف السلطة بأنها الحق القانوني أو الصلاحيات المخوَّلة لشاغل وظيفة معينة في إصدار الأوامر، أو اتخاذ القرارات، للآخرين ووجوب طاعة الآخرين لهذه الأوامر وتنفيذها .ويمكن تحديد ثلاثة أنواع للسلطة، هي:

ـ السلطة الخطيّة Line Authority

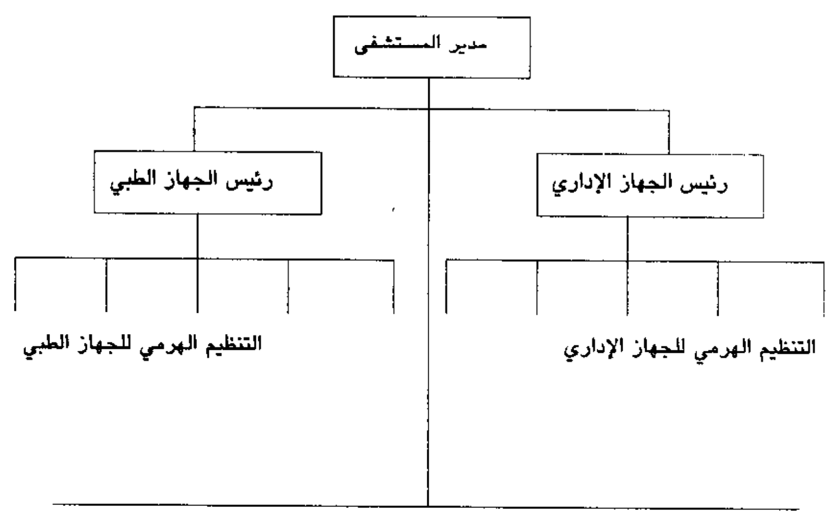
وهي حق المدير في إصدار الأوامر، أو اتخاذ القرارات، للآخرين، ووجوب طاعة الآخرين لهذه الأوامر. وتعتبر من أهم أنواع السلطة في المنظمة، إذ إنها مستمدة من القوة الشرعية legitimate power التي تملك المنظمة أو التي تشرف عليها. ففي مستشفى تابع لوزارة الصحة يستمد مدير المستشفى سلطته بالكامل من الوزارة نفسها ويكون مسؤولاً أمامها، وفقاً لمبدأ خط إعطاء الأوامر عن جميع نشاطات المستشفى، وبمقتضى ذلك يكون لديه سلطة إصدار الأوامر، مثلاً، للمديرين المساعدين مباشرة الذين تتكون بالتالي لديهم سلطة إعطاء الأوامر لمرؤوسيهم المباشرين أيضاً. "وهكذا تتدرج السلطة من أعلى إلى أسفل بحيث يستمد كل مستوى تنظيمي سلطته من المستوى الأعلى".

ومن الجدير بالذكر، أن اصطلاح "سلطة إصدار الأوامر للمرؤوسين المباشرين" استخدم هنا لتأكيد وجوب مراعاة مبدأ التبسلسل الخطي للأوامر، حتى لا يتجاوز المرؤوسون المدير المباشر لهم.

وتتميَّز المستشفيات بشكلٍ عام عن غيرها من المنظمات بوجود خطين للسلطة التنفيذية فيها: أحدهما إداري والآخر فني (الشكل 9). وهذه الازدواجية في السلطة تعتبر بمثابة انتهاك أو خرق لمبدأ خط السلطة التنفيذية الواحدة ـ وخرق لمبدأ خط إعطاء الأوامر كما هو الحال في النموذج البيروقراطي للتنظيم، الأمر الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى صراع على النفوذ بين هاتين السلطتين يظهر في تعدد الأوامر الصادرة منها خاصة للأشخاص الذين يقعون ضمن نطاق السلطة الإدارية، كالممرضات مثلا، ويعملون في الوقت نفسه لحساب السلطة الفنية (الجهاز الطبي).



الشكل 8 ـ خط إعطاء الأوامر في المستشفى ومسؤولية المرؤوس أمام الرئيس



الشكل 9 ـ ازدواجية السلطة التنفيذية في المستشفى

ـ السلطة الإضافية أو سلطة العاملين Staff or Auxilliary Authority

تشير العديد من المصادر إلى وجود هذا النوع من السلطة عند الاستشاريين، وإن كان من الناحية العملية لا توجد للاستشارة أي سلطة لافتقادها عنصري تعريف السلطة الذي يتمثل في: تخويل حق إصدار الأمر، ووجوب طاعته وتنفيذه. غير أن احتياج المديرين التنفيذيين للنصح والمشورة والمعلومة قد يعطيها تجاوزاً نوعاً من السلطة، اصطلح على

تسميتها بالسلطة الاستشارية. فالمستشار القانوني في المستشفى يتقدم بنصحه ومشورته لمدير المستشفى بعد حاجته له وهو ما يضفي عليه تجاوزاً: مصطلح السلطة الاستشارية.

- السلطة الوظيفية Functional Authority

وهي سلطة تعطي لصاحبها الحق في إصدار الأوامر الفنية لمن هم تحت نطاق إشرافه وللذين يزاولون مهام تدخل في اختصاص وحدته. فعلى سبيل المثال، يستطيع رؤساء الأقسام الطبية في المستشفى إعطاء الأوامر للممرضات اللاتي يزاولن أعمالاً تتعلق باختصاصات أقسامهن الطبية، دون الرجوع إلى رؤسائهن المباشرين. هذا ويرمز لخط السلطة الوظيفية في الخارطة التنظيمية بخط متقطع dotted line بينما يرمز للسلطة التنفيذية بخط متصل.

- تناسب السلطة مع المسؤولية Parity of Authority and Responsibility

يقصد بالمسؤولية التزام شاغل الوظيفة بأداء واجباتها ومساءلته عن نتائج هذا الأداء. ويعتبر كل رئيس مسؤولاً عن النتائج المترتبة على أدائه إلى جانب مسؤوليته عن تقويم أداء مرؤوسيه، وينبغي أن يكون هناك تناسب بين السلطة والمسؤولية لتمكين شاغل الوظيفة من أدائها بالفاعلية المطلوبة. فلو كلف الإداريون العاملون في المستشفى بمسؤولياتٍ لا تتناسب معها السلطات الممنوحة لهم لضعف اتخاذهم للقرارات، وهو أمر تقل فيه فاعلية الأدوار التي يؤدونها.

- المركزية واللامركزية في السلطة
Centralization and Decentralization of Authority

تعرف المركزية في السلطة بأنها تركيز صلاحية اتخاذ القرارات في مراكز وظيفية قليلة بقمة الهرم الإداري في المستشفى، بينما تعرف اللامركزية بأنها انتشار أو توزيع صلاحية اتخاذ القرارات على عدد من المراكز الوظيفية بالمستويات الإدارية المختلفة بالمستشفى.

وقد تطلق صفة المركزية على إدارة بعض تنظيمات المستشفيات وتطلق صفة اللامركزية على إدارة بعضها الآخر، غير أن الواقع العملي يؤكد أنه لا توجد تنظيمات مركزية محضة أو لامركزية خالصة؛ إذ إن درجة تركيز صلاحية اتخاذ القرارات أو توزيعها تعتمد على المزايا التي تتحقق بتطبيق أحد هذين الأسلوبين.

وقد أظهرت نتائج إحدى الدراسات التي أجريت بعد إعادة تنظيم خدمات التمريض على أساس لا مركزي في مستشفى القديس يوسف St. Joseph's Hospital في مدينة "بروفيدنس" Providence بولاية "رود أيلند" Rohde Island في الولايات المتحدة الأميركية - لمدة ثلاث سنوات - أن القرارات الإدارية كانت أكثر فاعلية وأن الممرضات قد التزمن بأداء أعمالهن بدرجة أكبر وأفضل. كما أظهرت دراسات أخرى شملت أحد عشر مستشفى ومركزاً طبياً أن تنظيم الخدمات الطبية وخدمات التمريض على أساس لا

مركزي، قد زاد من الرضا الوظيفي عند الأطباء والممرضات معاً، فضلاً عن تحسن مستوى الأداء في هذه الخدمات.

وعلى الرغم مما يتضح فيما أوردنا سابقاً من مزايا لأسلوب اللامركزية، فإن لنظيره كذلك مزايا تبدو في مواضع أخرى، تتمثل إحداها بشكل واضح في عملية الشراء الموحد "مركزية الشراء" لكافة احتياجات المستشفى بدلاً من توزيعه، بين إدارات متعددة، مثل: الصيدلية والتغذية والصيانة والمغسلة، بطريقة لا تتحقق من خلالها فوائد نظام مركزية الشراء الذي يوفر سيطرة أكبر على الموارد المالية والبشرية في المستشفى، فضلاً عن الشراء بالجودة المناسبة، وبالسعر المناسب، وبالوقت المناسب، وبالكمية المناسبة، ومن مصدر الشراء المناسب.

- تفويض السلطة Delegation of Authority

يقصد بتفويض السلطة أن يقوم مدير المستشفى بمنح بعض سلطاته أو صلاحياته - المستمدة مثلاً من مجلس إدارة المستشفى - إلى مساعديه المباشرين لتمكينهم من حق اتخاذ القرارات للمهام التي يشرفون على تأديتها. كما أن هؤلاء المساعدين يستطيعون بدورهم - إذا أجاز النظام ذلك - تفويض بعض صلاحياتهم إلى المديرين المرتبطين بهم للغرض نفسه. وينبغي الإشارة هنا إلى أمر هام وهو أن المرؤوس الذي فُوِّضت إليه الصلاحية وقبلها، يصبح مسؤولاً بالكامل أمام رئيسه عن كفاءة ممارستها. أما الرئيس فيبقى مسؤولاً، أمام رئيسه الذي يعلوه في المستوى التنظيمي، عن ممارسة الصلاحيات المفوض بها بجانب الصلاحيات التي فوضها لمرؤوسيه.

وتفويض السلطة أمر ينشأ عادة كعلاج لمركزية متحكمة متسلطة. ويكون غالباً متأرجحاً بين المركزية واللامركزية؛ فإن قلّت درجة تفويض الرؤساء للمرؤوسين حق صلاحية اتخاذ القرار، كان التفويض أقرب للمركزية، وإن زادت درجته كان أقرب إلى اللامركزية.

ويفيد تفويض سلطة اتخاذ بعض القرارات عادة، في تحسين الأداء وذلك بما يتيحه من مزايا منها:

- تحفيز العاملين، إذ إن المرؤوس يشعر بعد تفويضه بثقة رئيسه به وبالتالي يستخدم جميع قدراته في القيام بدور أكبر وهو أمر يؤدي إلى أداء أجدى وأفضل.
- تفرغ الرؤوساء أو المشرفين في المستويات الأعلى لبحث مشكلات أهم، ودراستها واتخاذ القرارات بشأنها.
- إتاحة سرعة اتخاذ القرار وخاصة في المسائل الروتينية والتخصصية.

نطاق الإشراف

يعرف نطاق الإشراف بأنه عدد المرؤوسين الذين يشرف عليهم رئيس واحد بصورة

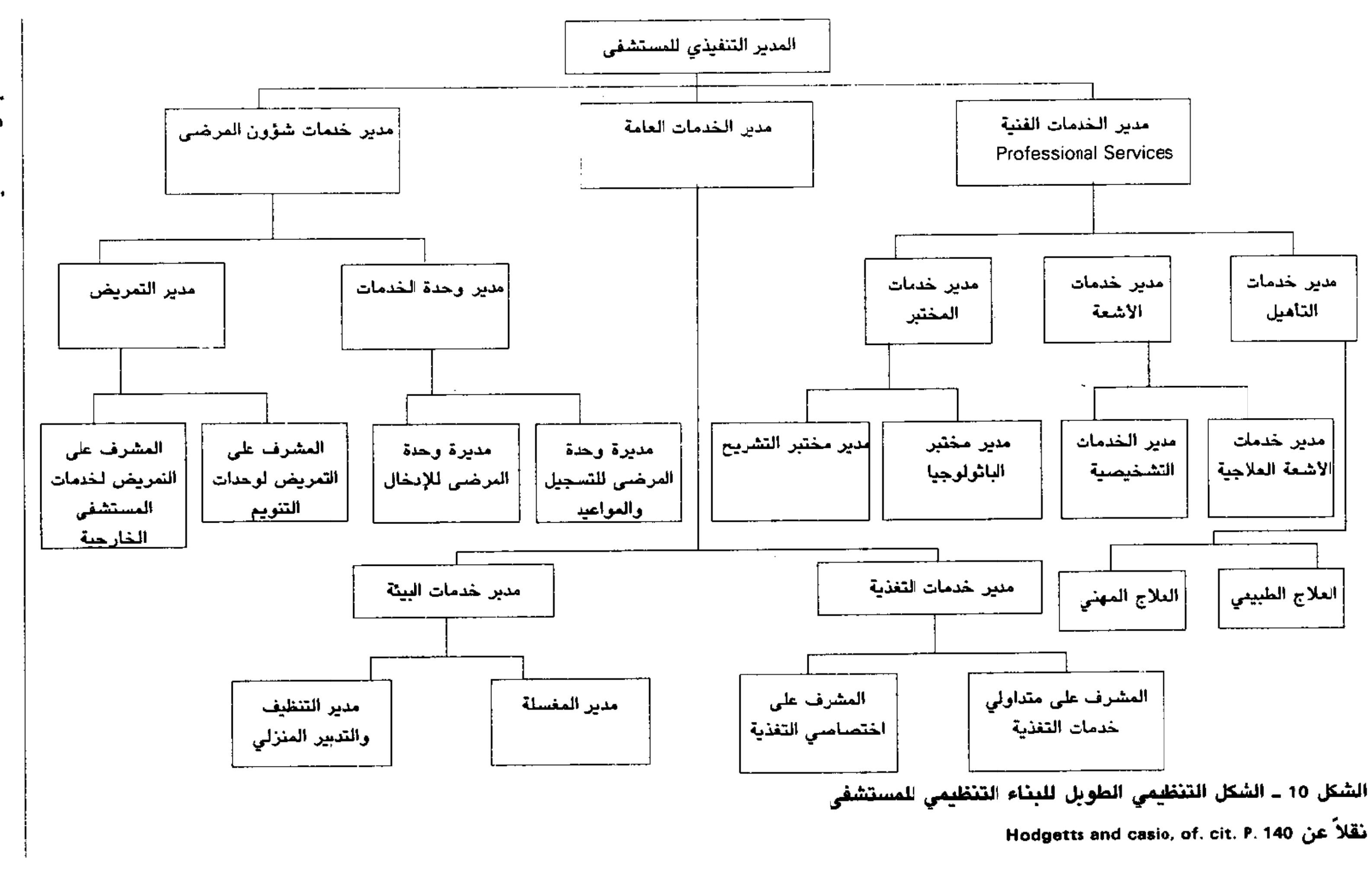
مباشرة. وبمعنى آخر، عدد المرؤوسين الذين يتقدمون بتقاريرهم مباشرة إلى رئيس واحد. فإذا فرضنا أن خمسة أشخاص يقدمون تقاريرهم مباشرة إلى مدير المستشفى، يكون نطاق إشرافه هؤلاء الخمسة فقط. ويتغير مدى هذا النطاق بالزيادة أو بالنقص تبعاً لعدد هؤلاء المرؤوسين الذين يتقدمون بتقاريرهم إلى رئيسهم المباشر، فإن زاد العدد اتسع مدى هذا النطاق وإن نقص العدد تقلص هذا المدى.

ولنطاق الإشراف أهمية خاصة في عملية التنظيم لما يلي:

- إن الرئيس يستطيع أن يشرف بكفاية وفعالية على عدد محدود من المرؤوسين، إذ إن طاقته الفكرية والبدنية، علاوة على وقته، في مجال الإشراف على الآخرين بكفاية وفعالية، محدودة بحدود يصعب تجاوزها. لذا يرى رواد الإدارة التقليدية، أمثال "أرويك" (Urwick) و"جوليك" (Gulick)، أن المنظمة الفعالة هي المنظمة التي تتميز بنطاق إشراف ضيق. "فأرويك" يرى أن نطاق إشراف المديرين في المناصب العليا ينبغي ألا يزيد على أربعة أشخاص، بينما يمكن أن يتراوح في المناصب الإشرافية بين ثمانية وعشرة أشخاص. وعلى الرغم من أن "جوليك" رفض تحديد نطاق إشراف المديرين على المرؤوسين إلا أنه فضل أن يكون هذا النطاق ضيقاً. وعلى النقيض من رواد الإدارة التقليدية، يرى رواد الإدارة الحديثة الذين يأخذون بالنظرية الموقفية Contingency Theory ـ أمثال: "ودورد" Woodward و"فيفنر" و"شرود" Pfiner and Sherwood ـ أنه لا توجد معايير أو مبادىء ثابتة يمكن من خلالها تحديد نطاق الإشراف المناسب لكل المديرين العاملين في المنظمة، إذ إن ذلك يتحدد، في رأيهم، وفقاً لاعتبارات متعددة منها طبيعة نشاط المنظمة ودرجة التخصص فيها، وكفاءة المديرين وموقعهم في الهرم التنظيمي، وخبرة المرؤوسين.

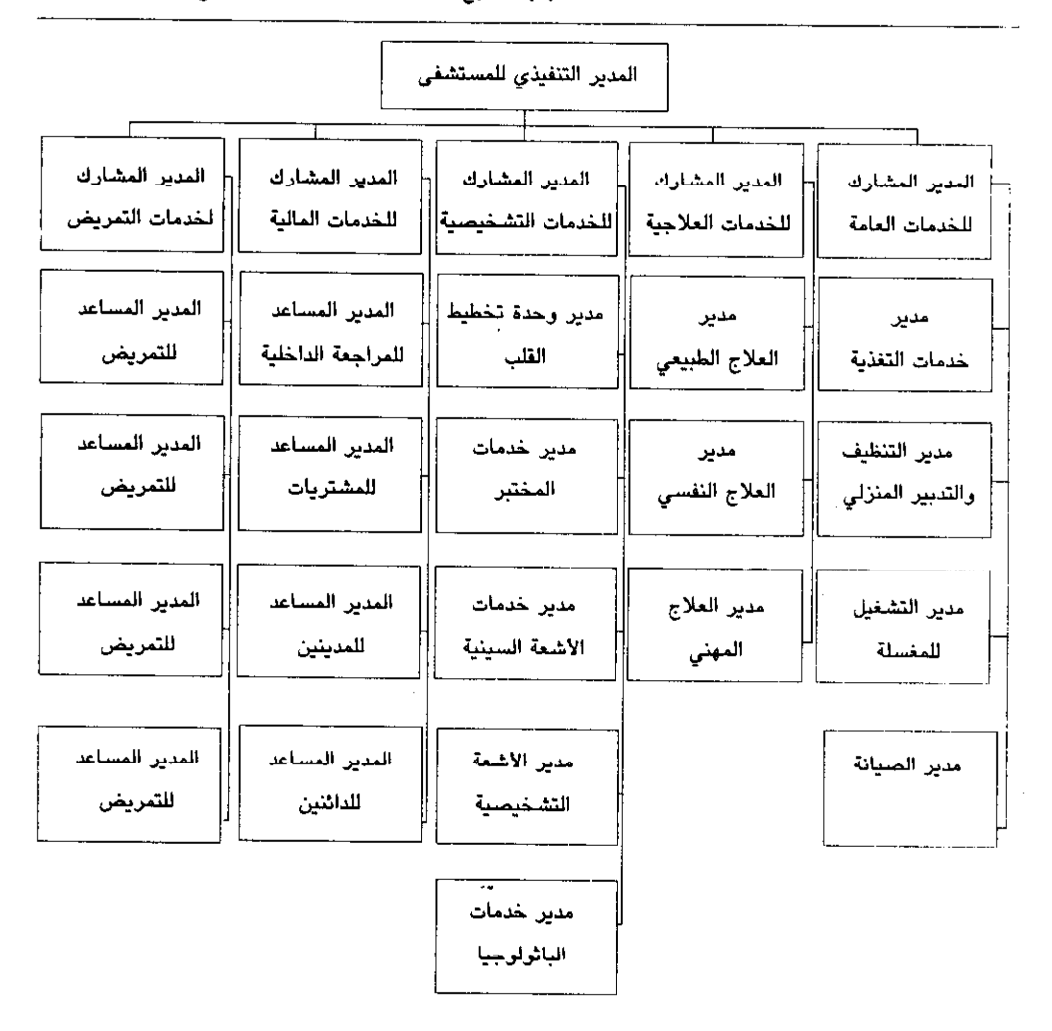
  ومن ناحية أخرى، أظهرت البحوث أنه كلما صعدنا من أسفل التنظيم إلى أعلاه، قلَّ نطاق إشراف المرؤوسين. فالمدير المسؤول عن قسم التغذية، مثلاً، في المستشفى قد يشرف على عشرة مرؤوسين، بينما مدير المستشفى قد لا يشرف على أكثر من أربعة، إذ إن المشكلات التي يتعامل معها الأول قد لا تأخذ شكلاً معقداً يستنفد من وقته وجهده الفكري الشيء الكثير، في وقت تتسم المشكلات التي يتعامل معها مدير المستشفى بطابعها المعقد الذي يتطلب منه وقتاً وجهداً للعمل على حلها.

- يعتبر تحديد نطاق إشراف المديرين أمراً في غاية الأهمية لأنه يؤثر مباشرة على تصميم التنظيم، فالشكل التنظيمي للمستشفى قد يأخذ شكلاً طويلاً tall structure، إذا كان نطاق الإشراف ضيقاً، أو منبسطاً flat structure إذا كان نطاق الإشراف متسعاً. ويوضح الشكلان 10 و11 ذلك.



الشكل 10 ـ الشكل التنظيمي الطويل للبناء التنظيمي للمستشفى

نقلاً عن Hodgetts and casio, of. cit. P. 140

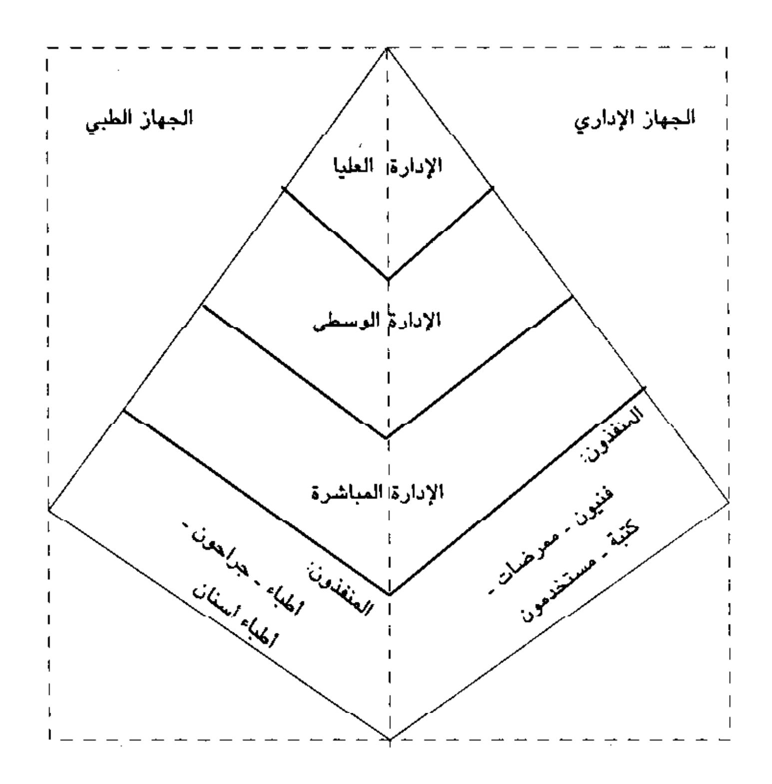


الشكل 11 ـ الشكل التنظيمي المنبسط للبناء التنظيمي للمستشفى

نقلاً عن .Hodgetts and cascio, of. cit. oP. 141

ويُذكر، أن معظم المستشفيات تأخذ بالشكل التنظيمي الطويل الذي يتيح تقسيماً واضحاً للعمل تقل فيه عدد الوحدات الإدارية في كل مستوى إداري، الأمر الذي يؤدي إلى إتاحة التنسيق الأفقي المرغوب بين هذه الوحدات interdepartmental coordination، فضلاً عن تعدد التخصصات الدقيقة الموجودة، ما يساعد في الإشراف الدقيق على تأدية نشاطات هذه التخصصات بالجودة المناسبة.

هذا، وقد اصطلح علمياً على تصنيف المستويات الإدارية في الشكل التنظيمي الطويل في ثلاثة مستويات إدارية ـ انظر الشكل (12) هي:



الشكل 12 ـ المستويات الإدارية في الجهازين الإداري والطبي.

الإدارة العليا

وهي تتكوَّن بشكلٍ عام من: مجلس إدارة المستشفى، ومدير المستشفى، ورئيس الجهاز الطبي ومساعديه، ورئيس الجهاز الإداري ومساعديه. وتنحصر نشاطاتها بصورة عامة فيما يلي:

- اعتماد خطة المستشفى العامة والخطط التنفيذية المنبثقة منها كعمليات التوسعة والإنشاء الخاصة بالخدمات الطبية، واختيار العاملين وتعيينهم وترقيتهم.
- وضع السياسات العامة واللوائح التنظيمية الخاصة بتنظيم العمل في المستشفى.
- إقرار الإجراءات الإدارية والخطط العلاجية management protocols of treatment الخاصة بالمستشفى.
- إقرار الموازنات الخاصة بالوحدات الإدارية والفنية في المستشفى.

- الوقوف على إنجازات المستشفى المختلفة، لاتخاذ القرارات الخاصة بتحسين أداء العمل الإداري وتلك المتعلقة بجودة الرعاية الطبية المقدمة للمستفيدين من خدمات المستشفى.

الإدارة الوسطى

وهي تتكون من المديرين المتخصصين، التابعين للجهازين الطبي والإداري بالمستشفى، كرؤوساء أقسام الباطنة، والجراحة، والاطفال، وأمراض النساء والتوليد، والصحة النفسية، والعيون، والأنف والأذن والحنجرة، والأمراض الجلدية، إلى جانب مديري إدارات خدمات الشؤون الإدارية، وخدمات التمريض، والخدمات الطبية المساعدة، والخدمات العامة. وتنحصر نشاطاتها بشكلٍ عام فيما يلي:

- تقدير احتياجات الوحدات التنظيمية المرتبطة بها من قوى عاملة وأجهزة ومستلزمات، على شكل خطط تتألف من برامج ذات آماد قصيرة، تعد عادة مع بداية كل سنة مالية، وترفع للإدارة العليا لدراستها واتخاذ القرارات المناسبة بشأنها.
- وضع الأطباء للخطط العلاجية الخاصة بالمرضى وتنفيذها، بمساعدة الخبرات الفنية المتخصصة الأخرى في المستشفى كالممرضات وفنيي المختبر والأشعة، وكذلك الصيادلة، وأخصائيي التغذية والعلاج الطبيعي والتخدير، إذ إن أعمالهم يكمل بعضها بعضاً لتحقيق العناية المطلوبة لهؤلاء المرضى بالجودة الطبية المناسبة. والتكامل في أداء هذه الأعمال يفرض أن يكون هناك تنسيق كاف بين هذه الأنواع من الخبرات لبلوغ أهداف المستشفى بأقصى كفاءة وكفاية ممكنة.

والتنظيم الجيد هو الذي يوفر تنسيقاً بين مهام الوحدات التنظيمية يتيح ربط هذه الوحدات بعضها ببعض. ويتعزَّز هذا التنسيق بالآخذ بأساليب تكون عادةً على احدى الصور التالية:

التنسيق الهرمي أو العمودي Hierarchial Coordination: ويعتبر من أقدم أنواع أساليب التنسيق، إذ ترتبط به نشاطات المستشفى المتنوعة من خلال سلطة مدير المستشفى الذي يصدر الأوامر والتعليمات إلى المرؤوسين القائمين على أعمال الوحدات المسؤولة عن تنفيذ هذه النشاطات. غير أن هذا النوع من التنسيق يعتبر قاصراً في المستشفيات الكبيرة التي تتعدد فيها المستويات الإدارية، وتتنوع بها التقسيمات الشاملة للعمل والمبنية على التخصص، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة إلمام مدير المستشفى بكافة المشكلات التنسيقية التي تطرأ في الهرم التنظيمي. وهو أمر يستدعي لمواجهته إيجاد وسائل أو طرق تنسيقية، من خلال الهرم التنظيمي، تكون أكثر فاعلية

لربط النشاطات بعضها ببعض، كاللجوء مثلاً إلى وضع الخطط الخاصة بكيفية عمل الوحدات التنظيمية المختلفة معاً، ووضع السياسات التي توضح عمليات اتخاذ القرارات في جميع الوحدات التنظيمية في المستشفى.

التنسيق الجانبي Lateral Coordination: ويعتبر أحدث من سابقه، كما أنه أجدى منه إذ يتيح إمكان اتخاذ القرار المناسب بما يسود فيه من تشاور وتجمع خبرات معينة تثري عملية اتخاذ القرار. ولأن هذه المشاورات تتم بسرعة، يأتي القرار غالباً في وقته المناسب. ومن أهم أشكال هذا النوع من التنسيق:

7 ـ اللجان

تستخدم اللجان في المستشفيات للتشاور وإبداء الرأي وتبادل المعلومات والتنسيق بين بعض النشاطات الهامة التي يؤديها العاملون بالوحدات التنظيمية المختلفة بالمستشفى. ومن أمثلة هذه اللجان: لجنة جودة الرعاية الطبية، ولجنة مكافحة العدوى، ولجنة مراجعة الانتفاع للمستشفى utilization review committee ولجنة مكافحة الحريق.

فرق العناية بالمرضى

سبقت الإشارة إلى هذا النوع من التنسيق عند الحديث عن تنظيم المستشفى على أساس كل من المشروع والمصفوفة التنظيمية. ويعتبر هذا النوع من التنسيق بين الخبرات الفنية المتخصصة من أهم أشكال التنسيق في المستشفى، إذ إنه يوفر للمرضى كافة احتياجاتهم من خدمات المتخصصين بما يتفق وحالتهم الصحية في الوقت المناسب.

الاتصال المباشر Direct Contact

ويتم هذا النوع من التنسيق بين العاملين في الوحدات التنظيمية المختلفة بهدف الاستفسار عن موضوعاتٍ معينة أو لحل مشكلاتٍ محددة، وذلك: بالمواجهة الشخصية، أو استخدام الهاتف، أو استخدام الاتصالات الكتابية.

اللوحة والأدوات التنظيمية

يتم عادة بعد الأخذ في الاعتبار ما سبق بيانه، تحديد نوعٍ معين من البناء التنظيمي يناسب نوعية وحجم وتخصص وموارد المستشفى المراد تنظيمه، ويلزم لتحقيق الإفادة القصوى من هذا البناء التنظيمي إبرازه والإعلام به بين العاملين في المستشفى من الإداريين والأطباء والفنيين والممرضين والعاملين الآخرين، فضلاً عن الزائرين الرسميين من خارج المستشفى وبعض المستفيدين، ويتم ذلك غالباً من خلال:

1 ـ اللوحة التنظيمية

وهي رسم بياني يصور الشكل التنظيمي للمستشفى بطريقة موجزة، ويستفاد منها في بيان تقسيم العمل بالمستشفى وكذلك التخصصات الدقيقية الموجودة فيه، فضلاً عن خطوط السلطة والمسؤوليات ونطاق الإشراف في المستويات التنظيمية كافة، وكذلك العلاقات الطرقية كاللجان الطبية وشبه الطبية paramedical committees والإدارية.

2 ـ الدليل التنظيمي

ويفصِّل عادة ما أوجزته الخارطة التنظيمية للمستشفى، مثل: المهام التفصيلية للوحدات التنظيمية المختلفة والسلطة والمسؤوليات ونطاق الإشراف ونشاطات اللجان ومهامها، فضلاً عن تناوله لما لا يذكر عادةً في هذه الخرائط، مثل الأهداف العامة للمستشفى وسياساته التنظيمية، وعلاقة بعض وحداته التنظيمية ببعضها الآخر، وطرق الترابط بينها، والتوصيف الوظيفي لكافة الوظائف والشروط اللازمة لشغل كل منها، وحجم القوى العاملة بكل وحدةٍ تنظيمية. ويستفاد من الدليل التنظيمي بشكلٍ عام في بيان نشاطات المستشفى المتنوعة والوحدات التنظيمية المختصة بتنفيذ هذه النشاطات، وكذلك في بيان الأعمال والواجبات المنوطة بالعاملين.

3 ـ أدلة الإجراءات والبروتوكولات والنماذج

بعد تحديد الخارطة التنظيمية وإعداد الدليل التنظيمي للمستشفى، يستلزم الأمر وضع أدلة إجراءات للوحدات التنظيمية التنفيذية في المستشفى، ويوضح في هذه الأدلة كافة الطرق والخطوات اللازمة لإنجاز المهام الخاصة بهذه الوحدات، فضلاً عن ذكر النماذج التي يمكن أن تكون ضرورية لإنجاز بعض الخدمات. ومن أمثلة هذه الأدلة في المستشفى: إجراءات قبول المرضى (الطوارئ والإسعاف والحروق والإصابات) إجراءات التخدير وإجراءات التعقيم والإجراءات المتبعة في وحدة العلاج المركّز وإجراءات المناوبة للأطباء والممرضات.

Suggested Readings قراءات مقترحة

1. فؤاد الشيخ سالم وآخرون، المفاهيم الإدارية الحديثة (عمان: الجامعة الاردنية، 1982) ص92ـ129

2. Jonathon Rakich et al. *Managing Health Services Organizations*, 2nd ed. (West Washington Square, Philadelphia: WB Saunders Company,1985), PP.142-184

3. Jonathon Rakich and Kurt Darr, *Hospital Organization and Management*: Text and Readings, 2nd ed. (NY: SP Medical and Scientific Books,1978), PP.1-52

4. Basil Georgopoulos, *Organization Research on Health Institutions*, 2nd ed. (Ann Arbor, Michigan: Institute for Social Research, the University of Michigan,1974)

5. Richard Hodgetts and Dorothy Cascio, *Modern Health Care Administration* (NY: Academic Press, Inc.,1983), PP.135-163

6. Stephen Shortell and Arnold Kaluzny. *Health Care Management: A Text in Organization Theory and Behavior* (NY: A wiley Medical Publication,1983), PP. 291-311

7. Wendel trent, "Some Unique Aspects of Health Care Management". *Hospital and Health Services Journal*, Vol. 3, No.1, Jan./Feb.1986

8. Linda Argote, "Input Uncertainty and Organizational Coordination in Hospital Emergency Units". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 27, No. 3, (Sept.1982), PP. 420-434

الفصل الثلاثون

الهيئة الطبية في المستشفيات

الهيئة الطبية بالمستشفى

وهي تشمل جميع العاملين بالمستشفى من الأطباء ومن في حكمهم ممن لهم صلاحية التشخيص والعلاج مثل اختصاصيي العلاج الطبيعي والتأهيل المهني واختصاصيي الكيمياء الحيوية الطبية. وتعتبر الهيئة الطبية المقوم الأساسي للمستشفى إذ بواسطة أعضائها يتم تقديم الخدمة الطبية للمرضى، وهي الهدف الأول والأساسي من إقامة المستشفى، علاوة على قيامهم بنشاطات أخرى كالتدريب وإجراء البحوث التي تستهدف ضمان تحقيق التشخيص الجيد ووصف العلاج الفعال.

ومن هنا كان اختيار أعضاء هذه الهيئة بالنوعيات المطلوبة وبالأعداد المناسبة أمراً هاماً لضمان تقديم هذه الخدمة بالجودة المناسبة وتأدية هذه النشاطات بكفاءة وفاعلية.

ولما كانت الهيئة الطبية على هذا القدر من الأهمية، وجب أن يكون هناك تنظيم لهذه الهيئة يحدد واجبات ومسؤوليات وصلاحيات أعضائها للقيام بالمهام المنوطة بهم، على ضوء مؤهلاتهم وخبراتهم، علاوة على الوسائل التي يتم بها التقويم الشامل لإجراءات الرعاية المقدمة للمرضى بهدف تحديد مدى كفاءة أعضاء الهيئة في تقديم هذه الرعاية وكذلك في إنجاز المهام الأخرى التي قد تسند إليهم كالمساهمة في التدريب وإجراء البحوث.

وقد أوردت الهيئة الأميركية المشتركة لاعتماد المستشفيات (JCAHO) عدداً من الضوابط التي يمكن اعتبارها بمثابة إطار عام للائحة الداخلية للهيئة الطبية بالمستشفى، وذلك على النحو التالي:

- يكون هناك هيئة طبية منظمة مسؤولة أمام إدارة المستشفى عن تقويم جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى بمعرفة الأطباء، ومن في حكمهم ممن يتمتعون بصلاحية التشخيص ووصف العلاج بالمستشفى مثل اختصاصيي العلاج

الطبيعي واختصاصيي التأهيل المهني واختصاصيي الأمراض النفسية.

- يكون للهيئة الطبية لائحتها الداخلية Medical Bylaws and Regulations التي تضبط نشاطات أعضائها وتنظِّم مساءلتهم أمام إدارة المستشفى.
- يتم تنظيم الهيئة الطبية بالشكل الذي يكفل تحقيق المهام المنوطة بها بكفاءة عالية.
- تحديد الصلاحيات السريرية أو الإكلينيكية الخاصة بكل عضو والتي يجب ألا يتجاوزها.
- إيراد الملابسات والظروف التي تسحب فيها الصلاحيات من العضو، وذكر شروط إعادة هذه الصلاحيات وكذلك إعادة عضوية بعض الأطباء للهيئة.
- مراقبة وتقييم جودة الرعاية المقدمة بالمستشفى بهدف دراسة مدى ملاءمة هذه الرعاية للمرضى والعمل على تحسينها.
- إسهام أعضاء الهيئة الطبية في برامج التعليم المستمر.

وسوف نتناول بالعرض والدراسة مهام هذه الهيئة والعضوية فيها (دائمة أو مؤقتة) وأنواعها (مغلقة أو مفتوحة)، بجانب التنظيم الإداري لها مع التركيز على مهام رئيسها ورئيس القسم الطبي وكذلك اللجان الطبية المنبثقة من هذه الهيئة.

1 ـ مهام الهيئة الطبية

تؤدي الهيئة الطبية العديد من المهام التي تسهم بشكل مباشر في تحقيق أهداف المستشفى، ومن هذه المهام:

- دراسة المشكلات الصحية العامة التي يعاني منها المرضى الداخليون inpatients مثل انتشار العدوى وبخاصة بعد إجراء العمليات الجراحية، وذلك عن طريق تقويم الإجراءات والتدابير العلاجية المتبعة بالمستشفى، والمراجعة المستمرة لبعض الحالات المرضية لتحديد جدوى هذه الإجراءات والتدابير لإمكان التقدم بالمقترحات والتوصيات المناسبة لمعالجة أسباب ودواعي تلك المشكلات، ومن ثم تقديم الخدمة بدرجة أفضل.
- تقديم المشورة لإدارة المستشفى في الأمور الطبية، وكذلك في الموضوعات الإدارية التي قد تؤثر على أداء أعضاء الهيئة الطبية.
- اقتراح أسماء الأعضاء الجدد بالهيئة الطبية في المستشفى، سواء عن طريق التفرغ الكامل، "العضوية الدائمة"، أو التعاقد لبعض الوقت"، العضوية المؤقتة"، وذلك بالتنسيق مع إدارة المستشفى، مع تحديد النشاطات والصلاحيات الطبية التي يسمح للعضو الجديد بممارستها على ضوء مؤهلاته العلمية وخبراته السابقة لضمان الحفاظ على مستوى الرعاية الطبية التي تقدم في المستشفى.

- إتاحة الفرصة لأعضاء الهيئة الطبية للالتقاء كمجموعةٍ من خلال عقد الندوات والحلقات الدراسية واللقاءات العلمية التي تقدم فيها البحوث الطبية التطبيقية، والتي تزيد من معارفهم الفنية وتثري خبراتهم العلمية ما يسهم في رفع مستوى جودة الرعاية الطبية المقدمة، بجانب تدريب الأطباء الحديثي التخرُّج والأطباء المقيمين من خلال برنامج محدَّد تضعه لجنة تعليمية تنسق الجهود في هذا المجال وتقوم بالإشراف عليه.
- تشكيل لجان طبية من بين أعضائها لدراسة موضوعاتٍ معينة أو اقتراح الوسائل التي تكفل إنجاز أهداف محدَّدة ثم عرض ما تتوصل إليه هذه اللجان على الهيئة الطبية.
- تنظيم الاستشارة الجماعية في الحالات التي يصعب تشخيصها أو علاجها والتي ينبغي ألا تترك للرأي الفردي مثل حدوث المضاعفات الجراحية، على أن يكون هذا التنظيم مكتوباً شاملاً لمسؤولية تسجيل المعلومات والإجراءات المتبعة والحالات التي يتم بصددها إجراء الاستشارة الجماعية وطريقة تنفيذها في الحالات العاجلة.

2 ـ أعضاء الهيئة الطبية

تتكوَّن الهيئة الطبية من الأطباء العاملين بالمستشفى، وهؤلاء قد يكونون أطباء متفرغين للعمل بالمستشفى طوال الوقت وبذلك تكون عضويتهم في الهيئة الطبية عضوية دائمة، وقد يكونون متعاقدين للعمل بالمستشفى لبعض الوقت، ومن هنا تكون عضويتهم في الهيئة عضوية مؤقتة. وسنتناول فيما يلي فئات أعضاء الهيئة الطبية طبقاً لنظام التدرُّج الوظيفي للأطباء العاملين في بعض المستشفيات في الإقليم:

الممارسون العامون General Practitioners

وهم الأطباء الحاصلون على درجة البكالوريوس في الطب والجراحة، الذين أنهوا فترة الامتياز (فترة التدريب السريري في أحد المستشفيات ذات البرامج التعليمية لمدة عام واحد). ويعملون غالباً في العيادات الخارجية الأولية بالمستشفى أو في عيادة الفرز الأول triage clinic بقسم الطوارئ.

الأطباء المقيمون Residents or Junior House Officers

وهم الأطباء الحاصلون على درجة البكالوريوس في الطب والجراحة، الذين أنهوا فترة الامتياز ويعملون بأحد الأقسام التخصصية بالمستشفى، عندما يكون المستشفى مرتبطاً بأحد البرامج في إحدى كليات الطب المعترف بها.

الأطباء المقيمون القُدامى Senior House Officers

وهم الأطباء الذين أمضوا مدة لا تقل عن سنتين كأطباء مقيمين في أحد المستشفيات المرتبطة بأحد البرامج في احدى كليات الطب المعترف بها.

الأطباء الاختصاصيون "المسجّلون" Registrars

وهم الأطباء الذين أمضوا مدة لا تقل عن سنتين كأطباء مقيمين قدامى في اختصاصهم، بعد أن أمضوا سنة على الأقل كأطباء مقيمين وحصلوا على دبلوم في تخصُّصهم، أو يكونون حاصلين على درجة الماجستير في تخصصهم.

الأطباء الاختصاصيون القُدامى Specialists

وهم الأطباء الذين أمضوا في إحدى المستشفيات مدة لا تقل عن سنتين كأطباء اختصاصيين "مسجلين" في اختصاصهم، وحصلوا على الزمالة أو الدكتوراه أو ما يعادلها.

الأطباء الاستشاريون Consultants

وهم الأطباء الاختصاصيون القُدامى الذين مارسوا العمل في مجال اختصاصهم مدة لا تقل عن ثلاث سنوات.

الأطباء الاستشاريون القُدَامى Senior Consultants

وهم الأطباء الذين أمضوا خمس سنوات على الأقل كأطباء استشاريين في مجال تخصُصهم.

ويخضع تحديد الأطباء من الفئات المذكورة أعلاه واللازمين للعمل بالمستشفى ضمن الهيئة الطبية لعوامل عدة من أهمها نوعية الحالات المرضية الموجودة بالمستشفى (صعبة أو متوسطة أو بسيطة)، فكلما زادت الحالات المرضية زادت الحاجة إلى الأطباء الاختصاصيين وأحياناً الاستشاريين، وذلك لإمكان التعامل مع مثل هذه الحالات بالمهارة والكفاءة اللازمتين، وذلك علاوةً على عامل آخر يتمثل في نوع التخصصات الطبية اللازمة لمواجهة هذه الحالات المرضية.

ومن الجدير بالذكر أن تعيين أعضاء الهيئة الطبية الدائمة يتفاوت في البلد الواحد، فقد تقوم وزارة الصحة في بلدٍ ما بتعيين الأطباء بالأعداد والتخصصات اللازمة لمستشفياتها، بينما تقوم إدارة المستشفى في القطاع الخاص في ذلك البلد بتعيين الأطباء ذوي العضوية الدائمة في الهيئة الطبية بناء على اقتراح الهيئة التي تشكل لهذا الغرض لجنة استشارية من بين الأطباء المتخصصين الموثوق بهم وبخبرتهم لاختيار الأعضاء الجدد على ضوء مؤهلاتهم وخبراتهم والسمعة الطبية التي يحظون بها في

الأماكن التي عملوا فيها.

3 ـ أنماط الهيئة الطبية Types of Medical Staff

يمكن تصنيف الهيئات الطبية في نمطين:

3 ـ 1 الهيئة الطبية المغلقة The Closed Medical Staff

وهي الهيئة التي يتكون أعضاؤها من المجموعة التي تقوم بتقديم كافة الأعمال السريرية أو الإكلينيكية الخاصة بالمرضى، ولا يسمح لأي طبيب من خارج الهيئة بعلاج المرضى بالمستشفى. ويسود هذا النمط من الهيئة الطبية في أغلب المستشفيات الحكومية.

ومن مزايا الهيئة الطبية المغلقة:

- إمكان اختيار أعضاء الهيئة الطبية اختياراً دقيقاً وبالتالي ضمان تقديم الخدمة الطبية بمستوى جيد.
- إمكان مساءلة ومحاسبة أعضاء الهيئة الطبية عن النشاطات التي يؤدونها مما يؤدي إلى ضمان تقديم رعاية طبية جيدة.

ومن مساوىء هذا النوع من الهيئة الطبية أنه لا يتم استخدام مرافق المستشفى (وبخاصة في القطاع الخاص) بطاقتها الكاملة (المختبر ـ الأشعة ـ أسرة المستشفى...) ويرجع ذلك إلى حرمان المستشفى من إمكانية استخدام هذه الطاقات من خلال المتعاقدين لبعض الوقت، الأمر الذي يفوت على المستشفى مصادر للدخل قد يكون في أمسِّ الحاجة إليها لتطوير المستشفى وتحسين مستوى آداء تقديم الخدمة به.

3 ـ 2 الهيئة الطبية المفتوحة The Open Medical Staff

وهي الهيئة التي تمنح عضويتها بصفة مؤقتة لأطباء خارجيين، غالباً ما يكونون أخصائيين أو استشاريين، بشرط أن يكونوا ملتزمين بالقوانين وبالأحكام الداخلية للهيئة الطبية وبأن تتفق ممارستهم وتدابيرهم العلاجية مع الإجراءات المعمول بها في المستشفى، وذلك في حالتين:

أ ـ عندما يطلب هؤلاء الأطباء، الاستفادة من مرافق المستشفى وتجهيزاته في علاج مرضاهم، أو تعرض عليهم إدارة المستشفى هذا الأمر. وغالباً ما يتم ذلك في المستشفيات الخاصة.

ب ـ عندما تستعين الهيئة الطبية بالمستشفى ببعض الأطباء من الذين يتمتعون بسمعةٍ علمية جيدة، سواء كانوا من داخل البلد أو من خارجه للاستفادة منهم في علاج بعض الحالات الصعبة وفي إثراء خبرات الأطباء بالمستشفى بالإجراءات والتدابير

العلاجية الجديدة التي يقوم بها هؤلاء الأطباء الزائرون وغالباً ما يتم ذلك في المستشفيات التعليمية.

ومن مزايا هذا النوع من الهيئة الطبية أنه يتيح استغلال مرافق المستشفى (المختبر ـ الأشعة ـ التغذية ـ أسِرَّة المستشفى) بشكلٍ أمثل وبالتالي يزيد من مصادر إيراداته، فضلاً عن أنه يرفع مستوى جودة الرعاية به عن طريق تبادل خبرات الأطباء الخارجيين مع أعضاء الهيئة الطبية ذوي العضوية الدائمة.

غير أنه يؤخذ على هذا النوع من الهيئات الطبية عدم إمكان مساءلة ومحاسبة الأطباء ذوي العضوية المؤقتة بالهيئة الطبية عما قد يشوب نشاطاتهم وممارستهم من قصور، وبخاصة عند عدم وجود تنظيم إداري وفني فعال للهيئة الطبية للإشراف والمراقبة.

4 ـ التنظيم الإداري للهيئة الطبية

لتحديد صلاحيات أعضاء الهيئة الطبية بفئاتهم المتنوعة وتوزيع المسؤوليات بينهم وتحقيق الرقابة الذاتية على الأداء الطبي بالمستشفى، يلزم وجود تنظيم لهذه الهيئة يتحدد عادةً على ضوء حجم وطبيعة النشاطات التي يقوم المستشفى بتقديمها. وهذا التنظيم يختلف من مستشفى إلى آخر.

وفي كل الحالات يكون على قمة هذا التنظيم رئيس الهيئة الطبية Chief of Medical Staff.

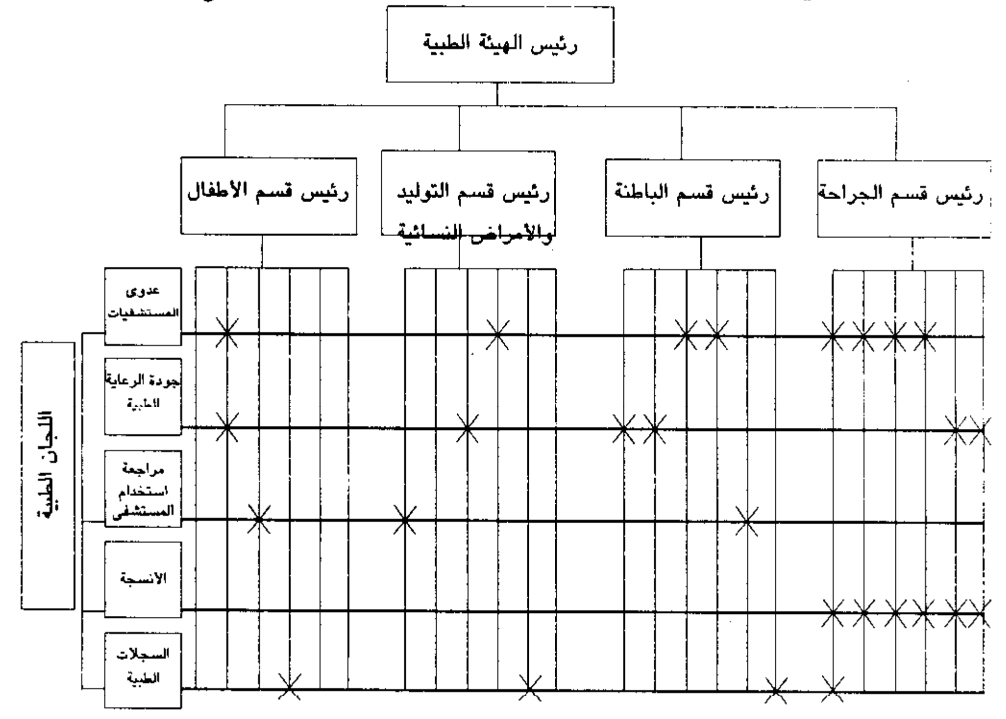
ويأخذ التنظيم الإداري للهيئة الطبية بالمستشفى، وبخاصة في المستشفيات الكبيرة، عادةً صورة التنظيم المصفوفي أو الشبكي matrix organization الذي ينتج عن نوعين من التنظيم: أحدهما التنظيم الرأسي الوظيفي، الذي تتمثل فيه العلاقات العمودية بين رؤساء الأقسام الطبية والأطباء العاملين بهذه الأقسام، وثانيهما التنظيم الأفقي، الذي تتضح فيه العلاقات الأفقية بين رؤساء اللجان الطبية والأطباء الأعضاء بهذه اللجان والذين يعملون في نفس الوقت بالأقسام الطبية. وهذا الازدواج الذي ينتج من كون الطبيب مرؤوساً لرئيس القسم الطبي من ناحية ولرئيس اللجنة الطبية من ناحيةٍ أخرى يؤدي إلى شكلٍ تنظيمي مركب من علاقات عمل ذات أبعادٍ عمودية (مع رئيس القسم الطبي) وأخرى مماثلة ذات أبعادٍ أفقية (مع رئيس اللجنة الطبية)، ويسمى هذا الشكل التنظيمي المركب بالتنظيم الشبكي أو المصفوفي.

ويلزم لمعرفة أسلوب العمل في ظل التنظيم المصفوفي الشبكي التعرف على مهام رئيس الهيئة الطبية وكذلك رئيس القسم الطبي (العلاجي)، بجانب عرض للجان الطبية ولمهامها.

4 ـ 1 مهام رئيس الهيئة الطبية

تتمثل مهام رئيس الهيئة الطبية في النقاط التالية:

- رئاسة اجتماع لجنة الأطباء التنفيذية التي تتكون عادة من رؤساء الأقسام الطبية بالمستشفى.
- متابعة نشاطات اللجان التي تقرر الهيئة الطبية تشكيلها وكذلك متابعة نشاطات الأقسام الطبية تحقيقاً لمبدأ أن الهيئة الطبية هيئة مستقلة تراقب نفسها بنفسها.
- المشاركة في اتخاذ القرارات الإدارية التي تؤثر بطريقةٍ أو بأخرى على أداء أعضاء الهيئة الطبية.
- الإشراف على وضع وتنفيذ برامج التعليم والتدريب الطبي المستمر للأطباء العاملين بالمستشفى وكذلك للأطباء المقيمين وأطباء الامتياز.
- حل ما قد يطرأ من مشكلات تواجه أعضاء الهيئة الطبية بالتنسيق مع إدارة المستشفى.



الشكل 1 ـ التنظيم المصفوفي للهيئة الطبية.

ـ يقصد بـ ☐ رئيس اللجنة الطبية

ـ يقصد بـ X أحد الأطباء الذي يتبع القسم الطبي ويشارك في أحد اللجان الطبية

ومن الجدير بالذكر أن عملية تعيين رئيس الهيئة الطبية بالمستشفى، وخاصة في المستشفيات الأميركية، تتم على النحو التالي:

- يختار أعضاء الهيئة الطبية بالمستشفى من بين رؤساء الأقسام الطبية اثنين أو ثلاثة لشغل منصب رئيس الهيئة الطبية ويتم رفع الأسماء إلى مجلس إدارة المستشفى.

- يقوم مجلس الإدارة بتعيين أحدهم رئيساً للهيئة وذلك لفترة زمنية محددة قابلة للتجديد. قد تكون الفترة سنة في مستشفى أو سنتين أو ثلاث في مستشفيات أخرى، وذلك بالاسترشاد بمعايير وضوابط من أهمها أن يكون قد عمل عضواً دائماً في الهيئة الطبية لمدة لا تقل عن خمس سنوات، بجانب اشتراكه في إحدى اللجان الطبية لمدة لا تقل عن ثلاث سنوات، علاوة على كونه ذا سمعة علمية جيدة.

مهام رئيس القسم الطبي (العلاجي) بالمستشفى

تنحصر مهام ومسؤوليات رئيس القسم الطبي فيما يلي:

- الإشراف على أداء الأطباء في القسم ومشاركتهم في هذا الأداء وبخاصة فيما يواجههم من حالات مرضية صعبة، بما يؤدي إلى تحسين الخدمة الطبية المقدمة.
- الإشراف على استيفاء أطباء القسم لنماذج السجلات الطبية الخاصة بالمرضى لإمكان تقييم مدى إجادتهم للتشخيص ووصف العلاج وذلك بالتنسيق مع لجنة جودة الرعاية الطبية، وبالتالي تجديد مدى جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.
- تنظيم جداول مهام الأطباء التابعين لقسمه في كل من العيادات الخارجية وقسم الطوارئ وكذلك تنظيم جدول المناوبات الليلية ونظم الاستدعاء (On Call Systems).
- رئاسة اجتماعات أطباء القسم لإعداد جدول المناوبات ودراسة ما قد يعترض الأطباء في القسم من صعوبات ومشكلات للتوصل إلى توصيات بشأنها تمهيداً لعرضها على اللجنة التنفيذية للأطباء بالمستشفى.
- المشاركة في اجتماعات اللجنة التنفيذية للهيئة الطبية التي تتكون من رؤساء الأقسام الطبية، وعرض ما يواجه الأطباء في القسم من مشكلات فنية لدراستها والتوصل إلى حلول لمواجهتها، وإعلام الأطباء، كلٌ في قسمه، بما تقره اللجنة التنفيذية من سياسات وما تتوصل إليه من توصيات.

اللجان الطبية

تعتبر اللجان الطبية في المستشفى وسيلة هامة تلجأ إليها الهيئة الطبية في المستشفى للاستفادة من خبرات ومهارات بعض الأطباء التابعين للأقسام العلاجية المختلفة، وذلك بتشكيل لجان منهم لدراسة بعض الظواهر التي قد تطرأ وتؤثر على جودة الأداء الطبي، أو للتشاور في بعض الأمور التي قد تكون لازمة لتحسين هذا الأداء.

وتوضح اللائحة الطبية المنظمة لنشاطات وصلاحيات ومهام الهيئة الطبية عادة كيفية تشكيل هذه اللجان، من حيث تحديد اسم اللجنة ومهمتها وكيفية تشكيلها وعدد الأعضاء المشاركين فيها والمدة المحددة لها في حالة اللجان المؤقتة ومواعيد انعقادها وطريقة إعداد تقاريرها التي يجب أن تشمل تاريخ ووقت انعقاد الاجتماع وأسماء الأعضاء الحاضرين والمتغيبين عن الحضور وكذلك الموضوعات المطروحة للنقاش والتوصيات التي انتهت إليها اللجنة.

ومن أهم هذه اللجان:

اللجنة التنفيذية Executive Committee: تتكوَّن غالباً من رؤساء الأقسام العلاجية بالمستشفى، ويرأسها رئيس الهيئة الطبية، ويناط بها بشكلٍ أساسي تنسيق النشاطات بين الأقسام الطبية في المستشفى، ودراسة التقارير المرفوعة إليها من قبل اللجان الطبية واتخاذ ما تراه مناسباً بشأنها.

لجنة قبول العضوية Credentials Committee: وتتكوَّن هذه اللجنة غالباً من ثلاثة أعضاء يختارهم رئيس الهيئة الطبية. ويناط بهم، بصفة أساسية، اختيار أعضاء الهيئة الطبية الجدد، وذلك على ضوء المؤهلات والخبرات والسمعة الطيبة التي يحظون بها في الأماكن التي سبق أن عملوا بها، ثم رفع تقريرها بذلك إلى اللجنة التنفيذية مقروناً بتحديد مجالات الاستفادة من العضو الجديد والمهام والصلاحيات التي يمكن منحها في حالة قبوله.

لجنة الانضباط Disciplinary Committee: حرصاً على الارتقاء بمستوى أداء الخدمة الطبية بالمستشفى، وحفاظاً على جودة الرعاية الطبية، وانطلاقاً من أن الهيئة الطبية هيئة مستقلة تحكم نفسها بنفسها، تحرص الهيئات الطبية بمعظم المستشفيات، وبخاصة الكبيرة منها، على تشكيل لجنة للانضباط يحال إليها عضو الهيئة في حال ملاحظة قصور في أدائه ينم عن ضعف في الكفاءة أو اختلال في السلوك الوظيفي يؤدي إلى الإضرار بالمريض.

ومن الجدير بالذكر، أن هذه اللجنة تتشكل من أعضاء لا يقل عددهم عن ثلاثة ويشترط فيهم ألا يكونوا أقل من اختصاصيين قدامى في تخصصات مختلفة، ويعرف عنهم اتصافهم بالموضوعية والحياد والعلاقة الطيبة والسمعة الحسنة. وتدرس هذه اللجنة ما يحال إليها في هذا الشأن، ولها أن تسمع دفاع العضو بعد أن تعرض عليه أوجه القصور الذي بدر منه أو تسبب فيه، ولها أن تسمع من ترى سماعهم للتدليل على صحة الاتهام. وبعد ذلك تقرر مدى صحة الاتهام أو عدمه. وفي حالة إدانة العضو تقترح الجزاء الذي يجب أن يوقع عليه كالحسم من الراتب أو حجب بعض الصلاحيات، أو التوقيف المؤقت عن العمل، وقد يصل ما تقترحه إلى حد الفصل من العضوية؛ وترفع تقريرها بما تقترحه إلى اللجنة التنفيذية لاتخاذ ما تراه هي في هذا الشأن.

لجنة مكافحة العدوى Infection Control Committee: وتتكون هذه اللجنة من ممثلين من بين أعضاء الهيئة الطبية وأعضاء هيئة التمريض والمختبر وغرف العمليات الجراحية والإدارة. وتعمل هذه اللجنة على التقليل من معدلات حدوث العدوى الناشئة في المستشفى وذلك عن طريق عدد من التدابير، منها:

- مراجعة حالات العدوى المدونة في السجلات الطبية الخاصة بالمرضى الداخليين.
- التحري عن مصادر وأسباب جميع أنواع العدوى الناشئة في المستشفى.
- استخدام المختبر بشكل يومي لمعرفة نتائج الفحوص المخبرية الجرثومية للمرضى.
- ترشيد استخدام المضادّات الحيوية antibiotics.
- عقد الندوات للحث على تطبيق جميع أساليب النظافة والتعقيم بدءاً من تنظيف الأيدي والملابس إلى الحرص على إتمام تعقيم الأدوات والمواد المستخدمة في تشخيص وعلاج المرضى.
- العمل على تطبيق إجراءات العزل isolation procedures لمرضى الأمراض المعدية خصوصاً التي تنتقل بالطرق المباشرة مثل الدرن الرئوي (السل) والشلل والحصبة والدفتريا (الخناق) وغيرها.
- مراقبة الأطعمة التي تقدم للمرضى من ناحية سلامة العاملين في إعدادها الأطعمة وطرق تداولها وأساليب النظافة والسلامة المطبقة في قسم التغذية بالمستشفى.
- مراقبة نظافة الملابس وتطهيرها من قبل قسم المغسلة في المستشفى.
- مراقبة التهوية في غرف العمليات وقسم الطوارىء وجناح الحضانة وغرف الإنعاش وقسم التعقيم المركزي للأدوات واللوازم الطبية.
- مراقبة الطرق والأساليب التي يتم بها القضاء التام على الميكروبات التي قد توجد في إفرازات المريض (البصاق والبلغم والبراز والبول) والتخلص من القمامة وبقايا الطعام وتنظيف غرف المرضى.

لجنة مراجعة الانتفاع بالمستشفى Utilization Review Committee: وتشكل هذه اللجنة من بين أعضاء الهيئة الطبية، وتمثل فيها إدارة المستشفى بجانب السجلات الطبية. وتهدف هذه اللجنة إلى التأكد من استخدام إمكانات المستشفى استخداماً أمثل، إذ إن لذلك أثرا كبيرا على تحقيق أهداف المستشفى وعلى مستوى أداء الخدمة الطبية المقدمة فيه. ويندرج تحت ذلك بجانب ترشيد استعمال المعدات والأجهزة الطبية بالمستشفى ما يلي:

- قصر الإدخال في المستشفى على الحالات التي تستدعي ذلك مثل إجراء بعض العمليات الجراحية التي لا يتسنى إجراؤها في العيادات الخارجية.
- تكثيف تقديم الخدمات العلاجية للحالات المرضية التي تقرر إدخالها بما يؤدي إلى تخفيض مدة إقامتها في المستشفى إلى أقصر فترة ممكنة دون إخلال بمستوى جودة الخدمة الطبية المقدمة.
- ترشيد إجراءات إدخال المرضى إلى المستشفى عن طريق وحدات الفرز بقسم الطوارىء بما يؤدي إلى قصر إدخال المرضى إلاّ في الحالات التي تستدعي ذلك.
- ترشيد الإجراءات المتبعة في قسم الطوارىء بما يؤدي إلى قصر استخدام إمكانات هذا القسم إلا في الحالات الحرجة والعاجلة، وتقديم الإسعافات الأولية والمسكنات فقط لغير هذه الحالات، وإرشادها إلى مراجعة العيادة الأولية بالمستشفى.
- الأداء الأمثل للعيادات الخارجية الأولية بما يؤدي إلى قصر التحويل إلى العيادات التخصصية على الحالات التي تستدعي ذلك.

لجنة ضمان جودة الرعاية الصحية Quality Assurance Committee: وتتشكل هذه اللجنة من بين أعضاء الهيئة الطبية بالمستشفى إلى جانب ممثلين لأقسام المختبر والصيدلية والأشعة والسجلات الطبية. وتهتم هذه اللجنة بالتأكد من مستوى جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى. وفي بعض المستشفيات الكبيرة تتفرع من هذه اللجنة لجان تتخصص كل منها في مجال معين مثل: لجنة الأنسجة tissue committee ـ لجنة الأدوية pharmacological committee ـ لجنة مراجعة السجلات الطبية medical records committee.

وفي كل الأحوال، تنحصر نشاطات لجنة ضمان جودة الرعاية الطبية بصفة أساسية فيما يلي:

- ترشيد استخدام الأدوية كمّاً وكيفاً، وتقييم الآثار الجانبية والسمِّيَّة لبعض الأدوية الموصوفة وإعلام الأطباء بنتائج هذه التقييم.
- مراجعة السجلات الطبية للمرضى عن طريق أخذ عينة من هذه السجلات للتأكد من استيفاء النماذج بهذه السجلات وكذا من جودة التشخيص ووصف العلاج ومتابعة الحالة.
- دراسة معدلات وأسباب الوفيات التي تحدث بسبب التخدير، أو في أثناء أو بعد العمليات الجراحية، أو في أثناء أو بعد التوليد، أو عند المولودين حديثاً، ومقارنة هذه المعدلات والأسباب بنظيرتها في مستشفيات أخرى تتمتع بسمعة طبية جيدة.

- دراسة المضاعفات المرضية التي قد تحدث نتيجة إجراءات أو تدابير علاجية معينة.
- دراسة تقارير جرّاحي المستشفى عن العمليات الجراحية التي تجرى في المستشفى بشأن حتمية إجراء هذه العملية وذلك على ضوء التشخيص الإكلينيكي السابق لحالة المريض والفحوص المخبرية والإشعاعية ونتيجة فحص الأنسجة التي استؤصِلَتْ (للتأكد من أنها كانت مريضة).
- دراسة معدل ودواعي عمليات التوليد القيصرية في المستشفى ومقارنة هذا المعدل بنظيره في مستشفيات أخرى تتمتع بسمعة طبية جيدة.
- دراسة مدى الحاجة إلى الاستشارات الطبية الجماعية group consultations في بعض الحالات المرضية في ضوء دواعي هذه الاستشارات، ومقارنتها بحالات أخرى لم يتم بشأنها أي مشورة جماعية برغم حاجتها الماسة إلى تلك المشورة.

ومن الجدير بالذكر، أن اجتماعات الأطباء الدورية على مستوى كل قسم علاجي في المستشفى لدراسة بعض الحالات المرضية القائمة أو لمراجعة وتحليل وتقييم العمل الطبي المنجز بالقسم، واجتماعات اللجنة التنفيذية بالمستشفى، وكذلك عقد الندوات وترتيب اللقاءات العلمية سواء للأطباء داخل المستشفى أو باستقدام آخرين من الخارج تعميقاً لمفهوم التدريب والتعليم الطبي المستمر، كلها أمور تسهم بقدر كبير في تحقيق جودة الرعاية الطبية للمرضى بالمستشفى.

Suggested Readings قراءات مقترحة

1. عبـد الحميد الفرائضي، "تنظيم مهنـة الطب". ندوة الإدارة الصحية في المملكة العربية السعودية ـ واقعها وكيفية تطويرها ـ المنعقدة في معهد الإدارة العامة بالرياض في الفترة ما بين 13 إلى 16 رجب 1396.
2. C. Wesley Eisele, *The لأرضdical Staff in the لأرضdern Hospital* (NY: McGraw Hill Book Company,1967)
3. Joint Commission on Accreditation of Hospitals, *Accreditation لأرضanual for Hospitals* (Chicago: JCAH,1987), PP.109-127
4. Nancie Noie et al., "A Survey of Hospital Medical Staffs - Part1, "*Hospitals*, Vol. 57, No. 23 (Dec.1, 1983). PP. 80-84
5. Nancie Noie et al., "A Survey of Hospital Medical Staffs- Part 2, *Hospitals*, Vol. 57, No. 24 (Dec.16, 1983) PP.91-94
6. Robert Boissoneau, "The Medical Staff Role: Management in Rural Hospitals", *Hospital and Health Services Administration لقاornal*, Vol. 32, No. 2 (May 1987), PP.161-169
7. Louis Bohigas et al., "Quality Assurance and Hospital Organization, *World Hospitals, Vol. XXI, نقا1 (Feb.1985), فيها.35-3*×

الفصل الحادي والثلاثون

الخدمات الإدارية في المستشفيات

I- إدارة شؤون الموظفين

1. قسم التوظيف
2. قسم ملفات الموظفين
3. قسم الرواتب والنفقات
4. قسم التدريب
5. قسم خدمات وملاءمة الموظفين

II- الإدارة المالية

1. قسم الحسابات
2. قسم حسابات المرضى
3. قسم الرواتب
4. قسم الميزانية
5. قسم التدقيق الداخلي

III- إدارة المواد

1. قسم المشتريات
2. قسم المستودعات
3. قسم مراقبة المخزون
4. قسم مراقبة الممتلكات

يعتبر المستشفى من المنظمات الفنية الاجتماعية المعقدة، نظراً لاشتماله على عدد كبير من العاملين، ولتعدد التخصصات الدقيقة في أقسامه المختلفة على ضوء التقدم المطرد في الأساليب العلمية والتكنولوجية المستخدمة في التشخيص والعلاج. ويعتمد

نجاحه، قبل أي شيء آخر، على العاملين فيه وحسن إدارتهم بما يكفل الاستفادة بصورة مثلى من الإمكانات المادية والتسهيلات الفنية المتاحة، ويحقق الأهداف المرسومة بأقصى قدر ممكن.

ولكي يقوم المستشفى بدوره على وجه أكمل، ويؤدي خدماته بطريقة أفضل، لزم أن يكون هناك تنظيم إداري، من أبرز معالمه نشاطات الخدمات الإدارية التي تختص بتنفيذ السياسات واللوائح والتوجيهات الخاصة بتأمين القوى العاملة اللازمة للمستشفى، وكذلك المستلزمات والأجهزة الخاصة بالتشغيل فضلا عن الاعتمادات المالية.

وتؤدى هذه الخدمات الإدارية في المستشفيات العامة الحديثة (ذات السعة السريرية الكبيرة) عن طريق إدارات من أهمها:

- إدارة شؤون الموظفين
- الإدارة المالية
- إدارة المواد

ونتناول فيما يلي أهم وظائف واختصاصات كل من هذه الإدارات على الوجه التالي:

أ ـ إدارة شؤون الموظفين

تختص إدارة شؤون الموظفين في المستشفى عادة بتنفيذ السياسات واللوائح والتوجيهات الخاصة باختيار الموظفين، من أطباء وفنيين وممرضات وإداريين وغيرهم، وتعيينهم، وتهيئة ظروف العمل المناسبة لهم، وتنفيذ الاتفاقات معهم، فيما يختص بالرواتب والمكافآت، والحوافز وشروط العمل، فضلاً عن الاشتراك في تقدير الاحتياجات من الموظفين، وتنمية مهاراتهم ليصبحوا مؤهلين للقيام بعملهم. علاوة على حفظ الملفات الشخصية الخاصة بهم. ويتم تأدية هذه المهام عادة عن طريق تقسيم الإدارة إلى الأقسام المتخصصة التالية:

1 ـ قسم التوظيف

ويناط به المهام الرئيسية التالية:

- إعداد قائمة بالوظائف الشاغرة في المستشفى، والإعلان عن شروط شغلها ومميزاتها، بهدف تأمين احتياجات المستشفى من الموظفين.
- استلام وفرز الطلبات المقدمة للتأكد من توافر شروط الوظيفة في المتقدمين، وإرسالها إلى الإدارات المختصة لدراستها وإبداء مرئياتهم نحوها.
- تشكيل اللجان لإجراء المقابلات مع المستوفين للشروط من المتقدمين لاختيار الأكثر كفاءة منهم.

- إتمام إجراءات التوظيف واستيفاء الأوراق الثبوتية لإصدار قرار التعيين.
- القيام بالإجراءات النظامية اللازمة فيما يختص بتمديد خدمات الموظفين وترقيتهم، أو فيما يتعلق بالاستقالة أو الوفاة.

2 ـ قسم ملفات الموظفين

ومن مهامه الرئيسية:

- استلام الملفات الشخصية للموظفين وتنظيمها وحفظها حسب الفهرس الخاص بطبيعة الوظائف في المستشفى بالشكل الذي يساعد على استعادتها بيسر وسهولة.
- إنشاء الملفات الخاصة بالمكاتبات بين إدارة المستشفى والمتقدمين للوظائف.
- استلام وتسجيل وتوزيع جميع المعاملات الواردة إلى الأقسام المختلفة بشؤون الموظفين، والإجابة عن جميع الاستفسارات والتعقيبات المتعلقة بهذه المعاملات.
- تقديم بيانات لقسم التوظيف عن الأشخاص الذين سيحالون على التقاعد، في بداية كل سنة مالية قبل سنة من تاريخ الإحالة.
- حفظ تقارير الكفاية بملفات الموظفين المرفوعة من قبل رؤساء الأقسام.

3 ـ قسم الرواتب والنفقات

ويقوم بتأدية المهام الرئيسية التالية:

- إعداد جداول الرواتب الشهرية لموظفي المستشفى.
- القيام بالإجراءات النظامية اللازمة لموظفي المستشفى فيما يختص بدفع العلاوات السنوية والمكافآت والتعويضات، أو فيما يتعلق بالحسميات بأنواعها المختلفة.

4 ـ قسم التدريب

ويقوم بالمهام الرئيسية التالية:

- الاشتراك في وضع خطط تدريب الموظفين، مع الإدارات ذات العلاقة، ومع بعض جهات التدريب المحلية والإقليمية والدولية.
- تنسيق برامج التدريب للموظفين ـ قبل التحاقهم بالخدمة ـ مع الجهات ذات العلاقة لتمكينهم من اكتساب المهارات الأساسية الخاصة بالوظائف التي سيشغلونها في المستشفى.
- تنسيق برامج التدريب للموظفين ـ على رأس العمل ـ مع الجهات ذات العلاقة لضمان حسن أدائهم.

- متابعة الندوات والمؤتمرات المحلية والإقليمية والدولية ذات العلاقة بنشاط المستشفى، وإرسال إشعارات عن ذلك إلى الإدارات المختصة لدراسة إمكانية ترشيح من يقع عليه الاختيار لحضور هذه الندوات والمؤتمرات.
- تنسيق برامج التدريب العملي لطلبة كلية الطب، وكلية العلوم الطبية المساعدة، مع الإدارات المختصة في المستشفى.

5 ـ قسم خدمات وعلاقات الموظفين

ويتولى تأدية المهام الرئيسية التالية:

- تعريف الموظف الجديد بالمستشفى، وبطبيعة وظيفته، وبالمهام المكلف بها، وإحاطته بأنظمة المستشفى.
- تنظيم إجازات الموظفين، بالتعاون مع الإدارات التي يتبعونها، والعمل على تسهيل إجراءات سفر المتعاقدين.
- الرد على استفسارات الموظفين فيما يتعلق بـ: الإجازات المرضية والاضطرارية، والرواتب، واستحقاقات الإجازات وغيرها.
- مناقشة أسباب الاستقالة التي يتقدم بها بعض العاملين في المستشفى وإعداد التقارير الخاصة عن المشكلات المتعلقة بمعدلات ترك الوظيفة في المستشفى، ورفعها إلى الإدارة العليا في المستشفى.

II ـ الإدارة المالية

تهدف الإدارة المالية إلى تطبيق السياسات والتعليمات المالية الخاصة بإدارة النشاط المالي في المستشفى، والتأكد من أن نفقاته هي ضمن الحدود المرسومة له.

ولتحقيق هذا الهدف تقوم الإدارة بالرقابة على جميع الإجراءات المالية في المستشفى، والتأكد من سلامة أوجه الصرف في الإدارات، وإظهار رصيد كل منها بصورة فعلية، فضلا عن إعداد الموازنة التقديرية لخطة المستشفى التشغيلية، وتحليلها حسب الشهور، وذلك لضمان الحكم على إنجازات كل إدارة. كما تعمل الإدارة على تلبية طلبات الشراء وتسديد المبالغ المستحقة للموردين، وإجراء الرقابة والتسوية لكافة حسابات المؤسسات المتعاملة مع المستشفى، علاوة على دفع مستحقات العاملين، وتحصيل فواتير المرضى، والإيرادات المحصلة من بعض الخدمات التي يقدمها المستشفى للمستفيدين كخدمات التغذية والأدوية.

وتؤدى هذه المهام عادة عن طريق تقسيم الإدارة إلى الأقسام (أو الشعب) المتخصصة التالية:

1 ـ قسم الحسابات

ومن مهامه الرئيسية:

- تسجيل قيود المجريات اليومية وتدوينها في دفتر التدوين العام.
- مراقبة العملية المالية التي تشمل الإيرادات والمصروفات المقابلة للخدمات والأدوية وغيرها.
- تدقيق عمليات التسجيل في السجلات المحاسبية.
- إعداد الحسابات والتقارير الدورية عن خلاصة العمليات المالية (كل أسبوع أو كل شهر أو كل ثلاثة شهور أو كل سنة).
- تسديد المبالغ المستحقة للموردين، بعد التأكد من صحة أسعار المخزون وكميته المسجلة في الفواتير، بالمقارنة مع الكمية الفعلية وصحة التعميد.
- القيام بالمعاملات المالية المتعلقة بالقبض والصرف عن طريق أمين الصندوق.
- إعداد الحسابات الختامية في نهاية السنة المالية والميزانية العمومية (لبيان المركز المالي).

2 ـ قسم حسابات المرضى Patient Accounts

ومن مهامه الرئيسية :

- الطلب من المريض إيداع سلفة مالية عند دخول المستشفى تأميناً لتغطية تكاليف الفاتورة النهائية للمستشفى عند الخروج أو تغطية نفسه بخطاب من بعض الجهات الكفيلة المعتمدة.
- تدقيق المرفقات المالية من واقع ملف المريض الطبي (المتضمنة على سبيل المثال: قيمة كشف زيارة المريض للطبيب وتكاليف الدواء والفحوص المخبرية والإشعاعية وتكاليف العملية الجراحية وأجور غرفة العمليات وأجور الإقامة...).
- إصدار فواتير المرضى عقب انتهائهم من العلاج، وتحصيلها من الجهات الكفيلة، أو المحاسبة نقداً بعد حسم التأمين المدفوع.

3 ـ قسم الرواتب Payroll

ويتولى المهمة الرئيسية التالية:

- تدقيق جدول الرواتب من إدارة شؤون الموظفين، والتحضير لاعتمادات الصرف، وتنظيم كشوفات التقاعد والضمان والاقتطاعات الأخرى.

4 ـ قسم الميزانية Budgeting

الميزانية هي عبارة عن خطة مالية شاملة تقوم على ضوء النشاطات المتوقع أن تتم في

المستشفى لتحقيق أهداف المستشفى وسياساته، وذلك لضمان التشغيل السليم فيه. ويناط به المهام الرئيسية التالية:

- تحضير موازنات الوحدات التشغيلية بالمستشفى من خلال تحديد التكاليف الفعلية لهذه الوحدات، من رواتب وأجور ومستلزمات وأجهزة، وإجراء الإسقاطات المالية المستقبلية future projections اللازمة، بالتنسيق مع الوحدات التشغيلية، وموافقة الإدارة العليا لوضع الميزانية التقديرية للمستشفى للعام المالي المقبل.
- قياس الانحرافات في موازنات خطط المستشفى حسب الأعوام والشهور مع الموازنة الفعلية.
- تقدير تكاليف الخطط المستقبلية، الخاصة باستحداث البرامج والخدمات الجديدة.
- إصدار التعليمات لرؤساء الأقسام وللإدارة العليا حول التغييرات في الميزانية.

5 ـ قسم التدقيق الداخلي Internal Control

ومن مهامه الأساسية:

- التقويم المستقل لصحة السجلات المالية في ضوء التعليمات والإجراءات المالية الخاصة بالمستشفى، وذلك لتلافي الأخطاء، وضبط عمليات التلاعب والاحتيال.
- إعداد التقارير لإدارة المستشفى عن سير تطبيق التعليمات المالية.

III ـ إدارة المواد Materials Management

تختص إدارة المواد عادة بشراء مستلزمات المستشفى من المواد والإمدادات اللازمة لعملياته التشغيلية، والعمل على استلامها وفحصها للتأكد من مطابقتها للمواصفات المطلوبة، والتأكد من أنه تم تخزينها بصورة جيدة، وصرفها إلى الجهات المستفيدة منها، فضلاً عن مراقبة المخزون من هذه المواد والإمدادات بصفة مستمرة، والقيام بعمليات الجرد الدوري والمفاجىء لها، ومطابقة الرصيد الدفتري لهذه المواد والإمدادات بالموجود الفعلي منها، علاوة على القيام بمراقبة الممتلكات الموجودة في المستشفى. ويتم تأدية هذه المهام غالباً عن طريق تقسيم الإدارة إلى الأقسام (أو الشعب) المتخصصة التالية:

1 ـ قسم المشتريات

ومن مهامه الرئيسية :

- تأمين احتياجات إدارات وأقسام المستشفى من المواد والمستلزمات اللازمة لعملياتها التشغيلية بصفة مستمرة.

- العمل على توزيع نشاط الشراء في القسم على أساس أصناف المواد والمستلزمات المطلوب شراؤها (أدوية ومستحضرات ولوازم طبية وأجهزة طبية وقطع غيارها وأجهزة غير طبية وقطع غيارها وأغذية ولوازم التنظيف والغسيل ولوازم مكتبية...).
- إجراء الدراسات اللازمة عن توافر المواد والمستلزمات التي يحتاجها المستشفى في الأسواق المحلية والخارجية، والاحتفاظ بعناوين مورديها وأسعارها، وإعداد دليل الموردين.
- إصدار أوامر الشراء اللازمة لتأمين المواد والمستلزمات من السوق المحلية أو الخارجية وتضمينها نوع الصنف المطلوب ومواصفاته والسعر المعياري standard price والكمية المطلوب تأمينها.
- متابعة طلبات الشراء إلى أن يتم استلامها.
- التنسيق مع المستودعات في حال اختلاف مواصفات المادة التي تم شراؤها.

2 ـ قسم المستودعات

ويقوم بالمهام التالية:

- استلام المواد والمستلزمات الواردة وفحصها للتأكد ـ على سبيل المثال ـ من مطابقتها للمواصفات المطلوبة، وصحة عددها، ووزنها، ومقاساتها، وتاريخ صلاحيتها، وسلامتها.
- تخزين المواد والمستلزمات التي تم استلامها وفقاً للأنظمة المتبعة في تصنيف وتوصيف وترميز المواد.
- وضع "**دليل المواد والمستلزمات**" المشتمل على تصنيف الأصناف المخزنة ووصفها وأوجه استخداماتها والرموز الدالة على مكان حفظها.
- الحفاظ على المخزون وحمايته من التلف والضياع بتوفير المعدات والإمكانات اللازمة للتخزين وتهيئة الظروف البيئية المناسبة له.
- صرف طلبات إدارات وأقسام المستشفى من المواد والمستلزمات المخزنة وفقاً لأوامر الصرف المعتمدة من مديري هذه الإدارات والأقسام.

3 ـ قسم مراقبة المخزون Inventory Control

ويناط به ما يلي:

- تحديد معدلات الصرف من المواد والمستلزمات المخزنة وإعداد التقارير اللازمة عن مستويات المخزون من الأصناف المختلفة (الحد الأعلى ونقطة إعادة الطلب والحد الأدنى) وإرسال صورة منها لقسم المشتريات لاتخاذ الإجراء المناسب

لتأمين تلك الأصناف عندما يصل كل منها إلى مستوى "**نقطة إعادة الطلب**".

- التقرير عن أصناف المواد التي انخفض رصيدها عن "نقطة إعادة الطلب" إلى قسم المشتريات.
- التقرير عن أصناف المواد التي تنتهي صلاحيتها بانتهاء التواريخ المحددة لها، مثل: الأدوية والمستحضرات الطبية والكيميائية والأغذية، وتقديم المقترحات المناسبة لإدارة المستشفى للإفادة منها قبل انتهاء صلاحيتها.
- إجراء الجرد الدوري أو المفاجىء لجميع أصناف المواد المخزنة أو لبعضها ومطابقتها مع الرصيد الدفتري.

4 ـ قسم مراقبة الممتلكات Property Control

ومن مهامه الرئيسية :

- العمل على حصر ممتلكات المستشفى من الأجهزة والأثاث والمستلزمات الأخرى، وترقيمها وتحديد أماكن وجودها.
- الإشراف على حركة نقل الممتلكات بين إدارات وأقسام المستشفى.
- القيام بالجرد السنوي أو المفاجىء لكافة ممتلكات المستشفى.
- تحديد الممتلكات الواجب تبديلها أو صيانتها أو بيعها بالمزاد العلني أو التخلص منها.
- الرقابة على ممتلكات المستشفى وقاية من السرقات، بالتنسيق مع قسم الأمن بالمستشفى.

الفصل الثاني والثلاثون

الإدارة المالية في المستشفى

1 ـ موقع الإدارة المالية في الهيكل التنظيمي للمؤسسات

إن مسألة التنظيم الإداري للمؤسسات ترتكز على مبدأ توزيع وظائف ومهام المؤسسة على عددٍ من المديريات أو الأقسام بشكلٍ يتحمَّل كل منها جزءاً من هذه المهام؛ وفي نفس الوقت يؤدي توزيع العمل على مراحل ومديريات إلى تحقيق قدرٍ معيَّن من الضبط والرقابة الداخلية، تحفظ الحقوق والموجودات وتحقق مستوى مقبولاً من حسن الأداء والفعالية.

وعند إجراء التنظيم الداخلي لأية مؤسسة يؤخذ بعين الاعتبار طبيعة عملها والخدمات الأساسية التي تؤديها بشكلٍ رئيسي، بحيث يجري تحديد الخدمات المنتجة للإيرادات business drivers ويجري توزيعها على وحداتٍ منتجة operating units. ومقابل ذلك تكون هناك الإدارات المساندة functional units من إدارةٍ مالية، وإدارة قانونية، وشؤون العاملين، وإدارة المشتريات، إلخ...

فالمبدأ العام هو أنه يمكن النظر إلى أية مؤسسة من الناحية التنظيمية على أنها تتألف من مجموعتين كبيرتين:

الأولى: وهي إدارة العمليات، ويتولى مسؤولياتها مدير العمليات.

الثانية: وهي الإدارة المالية والإدارة، ويتولى مسؤولياتها المدير المالي.

وهكذا يبدأ التنظيم بغض النظر عن كوننا نعمل على تنظيم العمل في مستشفى، أو شركة هندسية، أو مصنع، أو جامعة، إلخ..

إن أهمية هذا المبدأ هو أنه نقطة الارتكاز في العمل التنظيمي، حيث يتوجَّب أن ينشأ تبعاً له توازن بين مسؤوليات وصلاحيات إدارة العمليات، والإدارة المالية، للمؤسسة المعنية، ما يفترض وجود ضوابط داخلية مهمة تفعِّل وتضبط طريقة عمل المؤسسة.

وهكذا تبدو الإدارة المالية العنصر الثابت في المؤسسات مهما اختلفت أوجه

نشاطاتها وأشكالها القانونية، فهي الشريك الدائم لأية إدارة مهما كانت طبيعة عملياتها، وعليه فإن الثالوث الأساسي في التنظيم الإداري يتألف من المدير العام، والمدير المالي، ومدير العمليات.

2 ـ دور الإدارة المالية الحديثة

خلال العقود الماضية كان المفهوم التقليدي للإدارة المالية ينحصر أساساً بتحضير البيانات المالية وإدارة السيولة، إلا أن تطوراتٍ مهمة قد طرأت على دور الإدارة المالية التي توسعت لتشمل المهام الرئيسية التالية:

أ ـ دراسة وتحليل نموذج العمل للمؤسسة business model الذي يرتكز على الخدمات والنشاطات الإنتاجية التي تقوم بها المؤسسة كما ذكرنا سابقاً. فعلى صعيد المستشفى يتوجب اعتماد تصوُّر لمهمة وأهداف المستشفى كما تراها إدارتها، وبالتالي تحديد نوعية الخدمات التي تريد أن تؤديها، ومثالاً على ذلك تحديد تلك الخدمات لتشمل مثلاً:

- غرف العمليات العادية.
- غرف العناية الفائقة.
- العناية الطبية التي تتطلَّب بقاء المريض في المستشفى.
- المختبر.
- مراكز الخدمات الخاصة مثل التصوير بالرنين المغنطيسي.
- العيادات الخارجية.
- الطوارىء.

فقد تهدف إدارة المستشفى إلى تقديم جميع هذه الخدمات وغيرها، وقد ترغب في تقديم جزءٍ منها؛ وبناءً عليه يمكن تركيب النموذج المالي للمؤسسة الذي يشمل لكل نوع من الخدمات حركة وإيرادات وكلفة، وحصتها من الكلفة الإجمالية للإدارة العامة، وينتهي إلى بيان العائد عليها.

ب ـ أما المهمة الثانية للإدارة المالية فهي تشمل دراسة كلفة إنشاء كل خدمة، وطريقة التمويل الأفضل لإنشاء تلك المراكز المنتجة، بما في ذلك من دراسات الجدوى لتحديد كلفة الخدمة وتسعيرها.

إن مسألة الكلفة والتسعير تتطلب الكثير من الدقة لا سيما عند العمل في سوقٍ تشتد فيها المنافسة. وتشمل دراسات التكلفة تحديد نقطة التوازن breakeven point بين المصارف والمداخيل خلال مدةٍ زمنيةٍ معينة، ومن ثم تسعير الخدمات وفقاً لمبدأ التكلفة الشاملة full cost pricing والتسعير وفقاً لمبدأ الكلفة الهامشية marginal cost

pricing، حيث يمكن اعتماد مبدأ الكلفة المضافة بعد تخطي نقطة التوازن بين الإيرادات والمصروفات للسنة.

ج ـ بعد إعداد النموذج المالي الذي يساعد الإدارة على احتساب توقعات أعمال ونشاطات ونتائج المؤسسة يأتي دور الإدارة المالية في تنظيم وإعداد الحسابات والبيانات المالية، والتي تعكس نتيجة أعمال المستشفى موزعة على الإنتاج والتكلفة المحدَّدة في النموذج المالي، مما يظهر مدى دقة تصوُّرات واحتساب الكلفة والتسعيرة، وبالتالي تظهر البيانات المالية النتائج المحققة لكلٍ من الوحدات الإنتاجية وتحلل مدى تطابقها مع توقعات النموذج المالي.

د ـ وتشمل وظيفة الإدارة المالية إدارة مصادر تمويل العمليات من رأس مال واقتراض، بما فيها من تَحَسُّبٍ للكثير من المتغيرات، كالتأخير في قبض المستحقات.

كذلك، فإن عمل ووظيفة الإدارة المالية لا يتوقفان عند تحقيق الأعمال المذكورة أعلاه، بل هما عمل مستمر في دراسة وتحليل تكاليف الخدمات ما يؤدي إلى اعتماد بدائل أقل كلفة تمكن المؤسسة من الاستمرارية بالمنافسة.

3 ـ الأدوات المساعدة للإدارة المالية

لا يمكن الحديث عن إدارةٍ عامة أو مالية حديثة وفاعلة دون التطرُّق إلى الأساليب الحديثة المساعدة لذلك، فقد تطوَّرت تقنيات الإدارة بشكلٍ عام والمالية بشكلٍ خاص، وأصبح استعمال التقنيات الحديثة والمعلوماتية ضرورياً وأساسياً من أجل تحقيق إدارةٍ أفضل.

وحيث إن الإدارة المالية والرقابية على أداء العمل تكمن في معالجة الكميات الكبيرة من المعلومات المالية وقواعد الإحصاءات، فإن تقنيات الحاسوب والبرامج المتقدمة وخاصة تلك التي تتمكَّن من تقنيات الإنترنت Web-enabled تسهِّل هذا العمل بشكلٍ مذهل، وذلك من خلال ربطها لمواقع وقواعد بيانات متعددة ومعالجتها والتعامل معها في وقتٍ واحد ومتزامن. وبالإضافة إلى ذلك فإن اعتماد هذه التقنيات فيما يتعلق بالنموذج المالي للمؤسسة تساعد على إعطاء توقعاتٍ مستقبلية تمكن الإدارة من الإعداد لمعالجة أية توقعاتٍ سلبية بشكلٍ مسبق ومريح يجنب الإدارة الوقوع في المحظور، فليس أصعب من التعامل مع الأزمات بعد وقوعها.

4 ـ مسؤولية الإدارة المالية ـ الاتجاهات المستقبلية

أدَّت التطوُّرات المعنية بسوق الأسهم والسندات إلى اندفاع المؤسسات التشريعية في معظم دول العالم للتعامل مع هذا الوضع وإلى إصدار تشريعاتٍ وتنظيماتٍ جديدة حول

طريقة عمل وإدارة ومراقبة وضبط المؤسسات وتحديد للمسؤوليات تجاه أصحاب المصلحة والعلاقة. ومن هذه الإجراءات:

- إنشاء هيئاتٍ خاصة مستقبلة لمراقبة مدققي الحسابات.
- منع مدقِّق الحسابات من القيام بأية أعمالٍ غير تدقيق الحسابات ضماناً لاستقلاليته في عمله.
- توسيع لمدى المسؤولية للإدارة المالية لجهة تحضير وإصدار البيانات المالية، مع تشديد العقوبات في حالة إصدار بياناتٍ ماليةٍ غير صحيحة.
- تحديد أوسع لدور مجلس الإدارة ومسؤوليته الرقابية مع إعطاء دورٍ متزايد لأهمية المدقِّق الداخلي.

الفصل الثالث والثلاثون

جودة الرعاية وسلامة المرضى[1]

مقدمة

من المفترض أن تعود تدخلات الرعاية بالنفع على المرضى، لكنها يمكن أن تسبب ضرراً، إذ يمكن للجمع المعقَّد بين العمليات والتكنولوجيات والتفاعلات البشرية التي تشكل نظام تقديم الرعاية الصحية أن يحقق مزايا هامة، غير أنه يمكن كذلك أن يتضمَّن احتمالات خطر حتمية للأحداث السلبية التي يمكن أن تقع وغالباً ما تقع.

وليست مشكلة الأحداث الضائرة adverse enents أو السلبية في الرعاية الصحية بالمشكلة الجديدة، فقد أشارت دراسات مبكرة أجريت في الخمسينيات والستينيات إلى الأحداث الضائرة أو السلبية، لكن الموضوع ظل مهملاً إلى حدٍ كبير، وبدأت مجموعة متراكمة من البيِّنات تظهر في أوائل التسعينيات مع نشر نتائج دراسة هارفرد للممارسات الطبية في عام 1991. ووفرت أبحاث تالية في أستراليا والمملكة المتحدة وإيرلندا الشمالية والولايات المتحدة الأميركية، وبوجهٍ خاص الكتاب الذي نشر عام 1999 «الخطأ البشري: بناء نظام صحي أكثر مأمونية» الذي نشره المعهد الطبي في الولايات المتحدة الأميركية، مزيداً من البيانات، ووضع هذا الأمر في أولويات الاهتمام الصحي. وتدرس عدد من البلدان، مثل كندا والدانمرك وهولندا والسويد ونيوزيلندا وغيرها من الدول الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي نظرةً جادة إلى هذه المشكلة.

مدى وقوع الأحداث الضائرة أو السلبية

بحثت دراسات شتى مدى وقوع الأحداث الضائرة أو السلبية (وانظر الجدول)، وخلصت الدراسة التي أجرتها جامعة هارفرد إلى أن 4% من المرضى يعانون نوعاً من الضرر في المستشفيات، وأن 70% من الأحداث الضائرة أو السلبية تؤدي إلى عجزٍ قصير الأجل، و14% من الحوادث تؤدي إلى الوفاة. وتشير التقديرات الواردة في تقرير

(1) مقتبس من منشورات لمنظمة الصحة العالمية

المعهد الطبي إلى أن «الأخطاء الطبية» تسبب ما بين 44,000 و98,000 حالة وفاة سنوياً في مستشفيات الولايات المتحدة - أي أكثر مما تسببه حوادث السيارات أو سرطان الثدي أو الإيدز. وتشير تقديرات الإدارة الصحية في المملكة المتحدة، في تقريرها لعام 2000، الذي صدر بعنوان «تنظيم له ذاكرة» إلى أن الأحداث الضائرة أو السلبية تقع في نحو 10% من حالات الدخول إلى المستشفيات، أي نحو 85,000 حادث ضائر أو سلبي كل سنة. وخلصت دراسة الجودة في الرعاية الصحية الأسترالية التي صدرت في عام 1995 إلى أن معدل الأحداث الضائرة بين مرضى المستشفيات يبلغ 16.6%. وقدر الفريق العامل المعني بجودة الرعاية في مستشفيات أوروبا في عام 2000 أن مريضاً من كل عشرة مرضى في المستشفيات الأوروبية يعاني من ضرر وآثار ضائرة أو سلبية تتعلق برعايته كان يمكن تجنبها.

وتشكل الأحداث الضائرة أو السلبية خسارةً مالية جسيمة أيضاً، فمدد الإقامة الإضافية في المستشفيات في المملكة المتحدة تقدَّر تكاليفها وحدها بنحو 2000 مليون جنيه استرليني سنوياً، كما تكلف دعاوى المنازعات نحو 400 مليون جنيه استرليني سنوياً، بالإضافة إلى مسؤوليات محتملة تقدر بنحو 2400 مليون جنيه استرليني من المطالبات الحالية والمتوقعة، في حين تقدر تكلفة العدوى المكتسبة في المستشفيات، والتي كان يمكن تجنب 15% منها، بما يقارب 1000 مليون جنيه استرليني كل سنة. وتشير التقديرات إلى أن إجمالي التكلفة الوطنية المترتبة على الأحداث الطبية الضائرة أو السلبية في الولايات المتحدة الاميركية، بما فيها الدخول الضائعة والعجز والنفقات الطبية بما بين 17000 مليون دولار أميركي و29000 مليون دولار أميركي، ويضاف إلى هذه التكاليف تداعي الثقة والطمأنينة والارتياح بين الجمهور ومقدمي خدمات الرعاية الصحية.

ويستحق الوضع في معظم البلدان النامية اهتماماً خاصاً. فسوء حالة البنية الأساسية والمعدات، وعدم ضمان الاستمرار في إمدادات الأدوية وعدم ضمان جودتها، والنواقص في إدارة النفايات ومكافحة العدوى، وضعف أداء العاملين نتيجة انخفاض الحوافز وعدم كفاية المهارات التقنية، وقلة التمويل الشديدة لتكاليف التشغيل الأساسية للمرافق الصحية، كل هذا يجعل احتمال الأحداث الضائرة أو السلبية أعلى منه في الدول الصناعية. وتشير أرقام منظمة الصحة العالمية إلى أن البلدان النامية تمثل نحو 77% من كل حالات الأدوية المغشوشة والمتدنية الجودة المبلَّغ عنها. يذكر كذلك أن 50% على الأقل من المعدات الطبية في معظم هذه البلدان غير قابل للاستخدام، أو لا تستخدم إلا استخداماً جزئياً، مما يؤدي إلى إهمال المرضى أو زيادة خطر وقوع الضرر بهم وبالعاملين الصحيين. وفي الدول المستقلة حديثاً يوجد 40% من أسِرَّة المستشفيات في مبانٍ أقيمت أصلاً لأغراض أخرى، ما يجعل من الصعب جداً تركيب تسهيلات الوقاية من الإشعاع ومكافحة العدوى، والنتيجة أن هذه التسهيلات كثيراً ما تكون متدنية الجودة أو غير موجودة.

بيان عن الأحداث الضائرة أو السلبية في الرعاية الصحية في عدة بلدان

الدراسة	تركيز الدراسة (تاريخ القبول)	عدد المقبولين في المستشفيات	عدد الأحداث السلبية	النسبة المئوية للأحداث السلبية
الولايات المتحدة الأميركية (ولاية نيويورك) (دراسة هارفرد للممارسة الطبية	مستشفيات رعاية الحالات الحادة (1984)	30195	1133	3.8
الولايات المتحدة الأميركية (دراسة يوتاه ـ كولورادو)[2]	مستشفيات رعاية الحالات الحادة (1992)	14565	475	3.2
الولايات المتحدة الأميركية (دراسة يوتاه ـ كولورادو)	مستشفيات رعاية الحالات الحادة (1992)	14565	787	5.4
أستراليا (دراسة الجودة في الرعاية الصحية الأسترالية)	مستشفيات رعاية الحالات الحادة (1992)	14179	2353	16.6
استراليا (دراسة الجودة في الرعاية الصحية الأسترالية)[2]	مستشفيات رعاية الحالات الحادة (1992)	14179	1499	10.6
المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وإيرلندا الشمالية	مستشفيات رعاية الحالات الحادة (1999-2000)	1014	119	11.7
الدانمرك	مستشفيات رعاية الحالات الحادة (1998)	1097	176	9.0

أين ومتى تقع الأحداث الضائرة أو السلبية

تأتي معظم البيِّنات الحالية عن الأحداث الضائرة أو السلبية من المستشفيات، لأن احتمالات الخطر المرتبطة بالمستشفيات أعلى، واستراتيجيات التحسين أفضل توثيقاً، وأهمية ثقة المريض فائقة. ومع ذلك فالكثير من الأحداث الضائرة أو السلبية تقع في مواضع أخرى للرعاية الصحية، مثل عيادات الأطباء ودور التمريض والصيدليات وبيوت إيواء المرضى. وتبرز الكتابات الأخيرة مخاوف أيضاً فيما يتعلق بعيادات المرضى الخارجيين، لكن البيانات عن أبعاد المشكلة خارج المستشفيات محدودة.

وتحوي كل مرحلة من مراحل تقديم الرعاية درجة ما من عدم الأمان الكامنة: الآثار الجانبية للأدوية أو لمجموعات الأدوية، أو المخاطر التي تثيرها المعدات الطبية، أو

(2) دراسة يوتاه ـ كولورادو باستخدام نفس منهجية دراسة الجودة في الرعاية الصحية الأسترالية (التوفيق بين التباينات المنهجية الأربعة في الدراستين).

(3) دراسة الجودة في الرعاية الصحية الأسترالية منقحة باستخدام نفس منهجية دراسة يوتاه ـ كولورادو (التوفيق بين التباينات المنهجية الأربعة في الدراستين).

المنتجات المتدنية الجودة أو المعيبة التي تصل إلى المرافق الصحية أو العيوب البشرية أو النواقص الكامنة في النظام، ومن ثم قد تنشأ الأحداث الضائرة أو السلبية عن مشكلات في الممارسة أو المنتجات أو الإجراءات أو النظم. ويطرح التمنيع الذي يقدم للأفراد الأصحاء تحدياً خاصاً، فمع انخفاض انتشار الأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات قد يكون للشواغل بشأن الأحداث المؤسفة المحتملة عقب التمنيع أثر سلبي على برامج التمنيع الوطنية، وعلى الرعاية الصحية الوقائية عموماً. ويضع التفكير المفهومي الجاري عن سلامة المريض المسؤولية الأولى عن الأحداث الضائرة أو السلبية على عيوب تصميم النظام وتنظيمه وسيره لا على مقدمي الرعاية أو على منتجات مفردة، وتقدم أحداث الدواء الضائرة أو السلبية في دراسة يوتاه ـ كولورادو في الولايات المتحدة الأميركية (انظر الجدول) مثلاً واضحاً، إذ إن 75% منها يعزى إلى عيوبٍ في النظام. وبالمثل، فإن معظم الأحداث الضائرة أو السلبية ليست نتيجة إهمال أو نقص في التدريب، وإنما هي نتيجة أسباب كامنة في النظام.

وبالنسبة لمن يعملون على النظم، تنشأ الأحداث الضائرة أو السلبية وتستثار بفعل عوامل «لاحقة» في النظام، تشمل استراتيجية المنظمة الخاصة وثقافتها ونهجها إزاء إدارة الجودة والوقاية من احتمالات الخطر، وقدرتها على التعلم من الأخطاء. ومن هنا فإن التدابير المضادة التي تقوم على تغيير النظام أكثر جدوى من التدابير الموجهة إلى ممارسات أو منتجات مفردة.

استراتيجيات تعزيز سلامة المرضى

تعد السلامة مبدأ أساسياً في رعاية المرضى وعنصراً حاسماً في إدارة الجودة، ويتطلب تحسينها جهداً مركباً على نطاق النظام يشمل طائفة واسعة من إجراءات تحسين الأداء وسلامة البيئة والتصدي لاحتمالات الخطر، بما في ذلك مكافحة العدوى والاستخدام المأمون للأدوية ومأمونية المعدات ومأمونية الممارسات في العيادات ومأمونية بيئة الرعاية. وهي تشمل كل نظم الرعاية الصحية والعاملين فيها تقريباً وبالتالي تتطلب نهجاً شاملاً متعدد الوجوه لتحديد ومواجهة حالات الاختطار الفعلية والمحتملة على سلامة المرضى في المرافق وإيجاد حلول عامة طويلة الأجل للنظام في مجموعه.

ويبشر التفكير من زاوية النظم بأكبر قدرٍ من الحلول النهائية للحد من احتمالات الخطر التي تعطي تركيزاً ملائماً لكل عنصر من عناصر سلامة المرضى، في مقابل الحلول التي تدفعها جوانب أضيق وأكثر تحديداً للمشكلة، والتي تميل إلى عدم إعطاء التقدير الكافي لأهمية العناصر الاخرى.

ولضمان تعزيز سلامة المرضى لا بدّ من اتخاذ بعض الإجراءات المتكاملة، مثل:

1 ـ الحيلولة دون وقوع الأحداث الضائرة أو السلبية، وإظهارها للعيان، وتخفيف آثارها حين تقع. ويتطلب هذا:

- زيادة القدرة على التعلم من الأخطاء من خلال نظم إبلاغ أفضل، والتحقيق الدقيق في الحوادث، والتقاسم المسؤول للبيانات.
- زيادة القدرة على استباق الأخطاء واستكشاف مواطن الضعف النظامية التي قد تؤدي إلى الحدث الضائر أو السلبي.
- تحديد مصادر المعرفة القائمة داخل القطاع الصحي وخارجه.

2 ـ إدخال التحسينات على نظام تقديم الرعاية الصحية ذاته، بحيث يعاد تشكيل الهياكل، وترتيب الحوافز، ووضع الجودة في قلب النظام. وبشكلٍ عام تقام البرامج الوطنية على هذه المبادىء.

بالرغم من ازدياد الاهتمام بسلامة المرضى، لايزال هناك عدم إدراك كبير لمشكلة الأحداث الضائرة أو السلبية، وما زال نقص الوحدة المنهجية في التحديد والقياس وعدم كفاية نظم الإبلاغ عن الحوادث الضائرة أو السلبية نتيجة الحرص الزائد على الحد من انتهاك الطابع السري للمعلومات والخوف من المسؤولية المهنية وضعف نظم المعلومات يعوق بشدة القدرة على الإبلاغ والتحليل والتعلم من التجارب. كذلك فإن فهم ومعرفة وبائيات الأحداث الضائرة أو السلبية ـ تواتر وقوعها وأسبابها ومحدداتها وأثرها على نتائج المرضى والأساليب الناجعة للوقاية منها ـ لا يزالان محدودين. وبالرغم من وجود أمثلة لمبادراتٍ ناجحة للتقليل من وقوع الأحداث الضائرة أو السلبية، فإن أيّاً منها لم يرق إلى شمول النظام الصحي بأسره.

وتختلف الممارسات المتعلقة بإدارة جودة الرعاية الصحية فيما بين البلدان والثقافات، وهناك حاجة إلى توحيد دولي للمصطلحات في التعاريف والأساليب المشتركة للقياس، والإبلاغ المتسق عن الأحداث الضائرة أو السلبية.

ثانياً ـ برامج الإدارة الصحية في الإقليم

الفصل الرابع والثلاثون

مفاهيم الرعاية الصحية الأولية

المقدمة

الرعاية الصحية الأولية استراتيجية دعت إليها الأوضاع الصحية العالمية المتردية، والتي تتعلق بثالوث تخلّف الأمم: الفقر والجهل والمرض، ولذلك فإن لوجودها مبرِّرات قوية. انطلقت هذه الاستراتيجية لتحقيق مرمى الصحة للجميع health for all، وقد تمتعت بصفات تمكنها من الوجود والانطلاق والاستمرار، وبعناصر أساسية مناسبة لأوضاع الدول المختلفة.

نذكر في هذا الفصل المبررات التي دعت لظهور استراتيجية الرعاية الصحية الأولية، وتعريفها والعناصر المختلفة لهذا التعريف، وأهدافها، ثم نتابع في الفصول التالية مع العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية والبرامج الصحية المتعلقة بها بشيء من التفصيل.

المبررات

تتعلق مبررات وجود مفهوم الرعاية الصحية الأولية بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية السائدة في الدول والمجتمعات وتأثيراتها المختلفة على الحالة الصحية.

جودة الحياة والأمراض المجتمعية

موضوع الصحة موضوع واسع ومتشعب، وتعتمد النظرة إليه ودراسته على نوع الرؤية التي نوظفها في هذه الدراسة. إلا أننا معنيون هنا بدراسة العلاقة بين الصحة وجودة الحياة، انطلاقاً من مفهوم أن الصحة عماد الإنتاج والتنمية، وأن التنمية والإنتاج مفتاحان لتعزيز الصحة وتحسينها. وفي دراستنا لجودة الحياة وصلتها بالصحة نجد أنفسنا نبحث في العوامل الاجتماعية والاقتصادية ذات الصلة بالصحة، إذ من الثابت أن المرض كظاهرة يبدو أكثر شيوعاً بين من يعانون من مستويات اقتصادية وثقافية واجتماعية وبيئية متدنية.

فتوفُّر الماء المأمون وإصحاح البيئة عاملان هامان في الوقاية من الأمراض، بل يمكن أن نذهب إلى أكثر من ذلك فنقول إن توافر الماء لا يقل أهميةً عن تحسين جودة المياه المتوفرة في الوقاية من الأمراض. فقد ظهر في 44 دراسة أن تحسين جودة المياه وتوفيرها وتحسين وسائل الصرف الصحي كانت ذات أثر كبير في خفض معدل الإصابة بالإسهالات بين الأطفال، وتراوح هذا الانخفاض بين 16و37% نتيجة لهذه النشاطات.

وفي دراسة أخرى للورانس عام 1948 أجراها على 1628 أسرة، وجد أن الأمراض المزمنة أكثر شيوعاً بمرتين بين العمال ذوي الأجور المتدنية والمتوسطة منها بين العمال ذوي الأجور المرتفعة، وهذا يوضح علاقات الحلقة المعيبة (الفقر والجهل والمرض) مع المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

ويذكر بيكر وليشتغ عام 1986 أن وفيات الرضَّع انخفضت من 160 إلى 93 لكل 1000 مولود حي بين 1977 و 1982 في شمال شرق البرازيل، بينما ارتفعت نسبة المواليد ناقصي الوزن (أقل من 2500غ) من 9.4 إلى 10.2%. وفي محاولة لإيجاد العلاقة بين هذه الزيادة وبين الأوضاع الاقتصادية، لاحظ الباحثان أنه في تلك الآونة ارتفعت أسعار الأغذية الكافية للشخص الواحد من قيمة أجر 65 ساعة عمل إلى أجر 130 ـ 160 ساعة. ونظراً لتدني الأجور، فإن القوة الشرائية للأغذية انخفضت، وكان الانخفاض حاداً بين عامي 1982 و 1984، حيث أصبحت قيمة الأغذية الأساسية لشخص واحد تحتاج إلى أجر 210 ساعات عام 1983، وإلى أجر 240 ساعة عام 1984، للعمال ذوي الأجور المتدنية. وقد ترافقت هذه الزيادة في الأسعار وقصور القوة الشرائية للأغذية الأساسية مع زيادة في وفيات الرضع، حيث وصلت إلى116 لكل 1000 مولود حي بين 1982 و1984.

وتختلف حدة المشاكل الصحية من مجتمع إلى آخر. ففي المجتمع الريفي يمكن أن يعاني المرء من درجة كبيرة من الأمراض الطفيلية والأمراض المعدية وفقر الدم وسوء التغذية وأمراض الحمل ومضاعفاته وأمراض الولادة وأمراض الطفولة. بينما نجد أن سكان المدن يمكن أن يعانوا من نتائج تعاطي المسكرات ومعاقرة المخدرات ومن الأمراض العقلية والنفسية وارتفاع معدل الخصوبة وارتفاع معدل الجريمة وتدني مستويات صحة البيئة والإصحاح، كالنظافة العامة والسلامة الغذائية ونقاء الماء وما إلى ذلك.

وللعوامل الاجتماعية تأثير كبير أيضاً، فالطبقات الفقيرة لا تستفيد من الخدمات الصحية والمدارس إما لأنها تعيش في بيئاتٍ لا تتوفر لهم فيها هذه الخدمات أو بسبب وجودها في أطراف المدن أو في القرى النائية. أما المواصلات فهي أيضاً عامل هام،

ولا سيما إذا كانت الطرقات سيئة أو كان المجتمع في عزلة جغرافية، إذ إن من شأن ذلك أن يزيد الفقر، تماماً كما تفعل البطالة وقصور التصنيع والتفكك الأسري، إضافةً إلى تدني الأجور وارتفاع الأسعار.

ويضع جانكوز (1990) وصفاً للفقراء، فيقدِّر أن ما يقرب 2200 مليون شخص يعيشون في حال من الفقر الشديد، ومن بين هؤلاء ينتمي أكثر من 700 مليون إلى مرتبة الفقر المدقع. ويعيش حوالي 60% من سكان أقل البلدان نماءً تحت ظروف غاية في السوء، وهم يشتركون في خصائص منها:

1 ـ أنهم ينتمون إلى أسر كبيرة العدد.
2 ـ دخلهم غاية في الضآلة.
3 ـ يعيش 75% من هؤلاء السكان في الريف، بينما يتجمع الباقون في أحياء فقيرة في المدن تفتقر إلى المرافق الصحية الملائمة.
4 ـ ينفقون 80% من دخلهم على الغذاء، ومع ذلك تنتشر أمراض سوء التغذية بينهم.
5 ـ لا يستطيع تسعة من كل عشرة منهم الحصول على ماء صالح للشرب.
6 ـ المستوى الصحي هزيل الغاية.
7 ـ يموت 130مولوداً من كل 1000 ولادة حية قبل أن يكملوا عامهم الأول.
8 ـ وزن طفل واحد على الأقل من كل أربعة أطفال منخفض عند الولادة، في حين لا تحظى أكثر من نصف الأمهات برعاية مناسبة أثناء الحمل على أيدي أشخاص مؤهلين.
9 ـ لا تتوفر الفرصة لأكثر من طفل واحد بين كل سبعة أطفال للحصول على اللقاحات الصالحة ضد الخناق diphtheria، والكزاز tetanus، والسعال الديكي pertussis.
10 ـ لا يزيد مأمول الحياة عند الولادة على 47 سنة.

ويمكن لهذه القائمة أن تمتد، والسبب هو عزلة هذه البلاد أو تبعيتها الاقتصادية، أو عدم الاستقرار السياسي، أو المشاكل الإدارية، أو التعرض للظروف المناخية غير الملائمة.

التغيب عن العمل وجودة الحياة

ولو أخذنا التغيب عن العمل كمؤشر indicator لدراسة أثره السلبي على المستوى الاقتصادي، لوجدنا مثل ذلك الأثر في دراسة أجريت في إنكلترا وويلز عام 1971. ويبيِّن الجدول التالي أن معدل عدد أيام الغياب عن العمل يزداد كلما تدنى المستوى الاقتصادي والواقع الاجتماعي الثقافي لفئات العاملين. وقد اختير في الدراسة التغيب عن العمل الناتج عن الإصابة بحادث أو مرض خلال فترة مرجعية لمدة أسبوعين

لعاملين مصنفين إلى ست فئات تتراوح من المهنيين المتخصصين إلى العمال غير المهرة.

غياب العمال الذكور عن العمل بسبب المرض أو الحوادث

فئات العمال حسب المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي	عدد أيام التغيب عن العمل بسبب المرض أو الحوادث خلال الفترة المرجعية			معدل أيام الغياب عن العمل للشخص في السنة	
	1971	1972	1977	1971	1972
المهنيون	37	21	20	3.1	3.1
الإداريون	37	31	20	7.2	6.2
مشغلو الآلات (متوسط)	44	48	50	7.6	6
العمال المهرة	57	56	61	9.3	6.4
العمال متوسطو المهارة	56	68	70	11.5	10.5
العمال غير المهرة	88	99	60	18.4	17.6
جميع الفئات	52	54	40	9.1	8.4

(إنكلترا وويلز 1971 ـ 1977) (HMSO1977)

جودة حياة سكان الأرض

إن الفروق في المستويات الاجتماعية والاقتصادية موجودة بين البلدان. فهناك البلدان "الأشد فقراً" و"البلدان المتخلفة"، و"البلدان النامية"، و" البلدان الصناعية". ومثل هذه الفروق تظهر آثارها على المستوى الصحي للسكان. إذ نجد أن وفيات الرضع تزيد كلما تدرجنا نزولاً في سلم التطور الاقتصادي، بينما تقل كلما اتجهنا صعوداً فيه. أما بالنسبة لمأمول العمر عند الولادة فإننا نجده يقل كلما اتجهنا نزولاً في سلم التطور الاقتصادي، بينما يزداد كلما اقتربنا من البلدان الصناعية.

تبين الأمثلة السابقة الفروق الاقتصادية والاجتماعية بين الفئات السكانية في البلد الواحد، وفي مختلف البلدان. وتتميز هذه الفروق بآثارها على الصحة وأثر الصحة عليها. أهم هذه الفروق هو الفقر، الذي كثيراً ما يكون مصحوباً بمجموعة من العوامل التي تعمل فرادى أو مجتمعة لتحول دون إتاحة الرعاية الصحية وعلاج الأمراض. ومن أهم هذه العوامل نقص التغذية الذي يتجلى بالمجاعة في البلدان الفقيرة، وسوء التغذية بين طبقات الشعب الفقيرة في البلد الواحد، وكذلك قصور أو عدم وجود خدمات صحية، والجهل ثالثة الأثافي، بالإضافة إلى شح الموارد وتدني مستويات صحة البيئة، وكلها تؤدي إلى أوضاع صحية متدنية.

وقد أدَّت جميع هذه العوامل وغيرها إلى تنادي دول العالم إلى عقد مؤتمر في مدينة ألما آتا عام 1978 لتدارك الأمر، فأخرجوا للوجود وثيقة الرعاية الصحية الأولية المؤلفة من عشرة بنود، وقد جاء في البند الثاني منها:

"إن ما يوجد حالياً من تفاوت جسيم في الأوضاع الصحية للشعوب، لا سيما بين البلدان المتقدمة والنامية، وكذلك داخل البلدان، هو أمر غير مقبول سياسياً واجتماعياً واقتصادياً، وهو يسبب قلقاً لجميع البلدان" (منظمة الصحة العالمية 1978).

لماذا الرعاية الصحية الأولية؟

إيماناً بأن الصحة "هي حالة من المعافاة الكاملة جسمياً ونفسياً واجتماعياً، لا مجرد انتفاء المرض أو العجز"، وبأنها حق أساسي من حقوق الإنسان، كما جاء في دستور منظمة الصحة العالمية، فإن بلوغ الإنسان أرقى مستوى صحي ممكن يصبح هدفاً اجتماعياً هاماً على الصعيد الوطني والعالمي ويجب أن تحشد له كافة الإمكانات، علماً بأن الصحة ليست حكراً على مؤسسة دون أخرى، الأمر الذي يدعو إلى أن يبذل الجميع جهدهم للوصول بالمواطنين إلى الصحة الجيدة والمعافاة الكاملة. ومن هنا جاءت فكرة أن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة يجب أن تشمل الرعاية الصحية كأحد عناصرها، استناداً إلى الخبرات التي بينت أنه لا يمكن التقدم بالصحة كثيراً دون تحسين الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية للسكان. ومن الطبيعي أن تتغير الاستراتيجيات وطرق مواجهة المشاكل لتتوافق مع الأولويات في كل بلد، لا سيما إذا علمنا أن كلفة الخدمات والتكنولوجيا الصحية تزداد سنة بعد أخرى.

ومن المعروف أنه ليس بمقدور أي دولة أن تتحمل تكاليف إيتاء الرعاية الصحية، وكثيراً ما تكون الميزانية الصحية الوطنية محدودة وخصوصاً في البلاد المتخلفة والبلاد الأشد فقراً، كما أن الدول الصناعية باتت تعاني من التكاليف الباهظة للخدمات الصحية، والتي تتصاعد بسرعة تفوق كثيراً كل معدلات الزيادة في تكاليف المعيشة. لهذا كله كان لا بد من اللجوء إلى وسائل لاحتواء هذه التكاليف، وكانت الرعاية الصحية الأولية هي مفتاح الحل. فيقدَّر مثلاً أن الرعاية الصحية الأولية لا تكلف أكثر من15% من النفقات الحكومية على الصحة، بينما ينتفع منها حوالي 90% من السكان، في الوقت الذي تكلف المستشفيات حوالي 85% من النفقات مقابل خدمة 10% فقط من السكان.

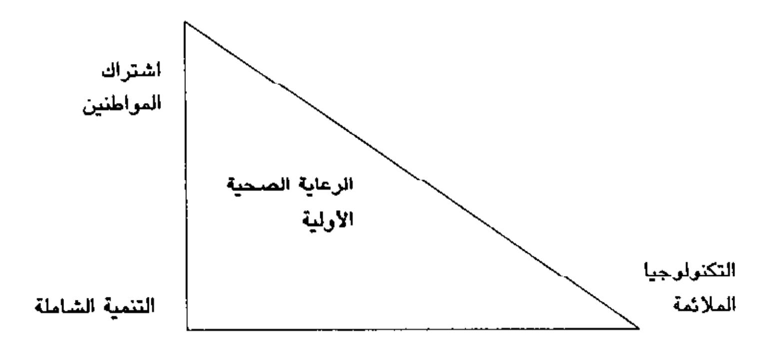
تعريف الرعاية الصحية الأولية ومفاهيم التعريف

اتبعت المؤسسات الصحية العالمية والوطنية والأكاديمية وسائل وطرقاً عديدة بغرض تعريف الرعاية الصحية الأولية، واتفق الجميع على مفهوم الرعاية الصحية الأولية من حيث أنها: "حصيلة الجهود البشرية الموجهة نحو حفظ وتعزيز صحة المجتمع". وقد

وضع المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية المنعقد في ألما آتا (1978)، ميثاقاً عاماً للرعاية الصحية الأولية مؤلفاً من عشرة بنود تناولت الحاجات والأسباب والواجبات والمسؤوليات والمحتويات والكيفيات للرعاية الصحية الأولية. وقد أشار هذا الميثاق في مادته السادسة إلى ما يلي:

"إن الرعاية الصحية الأولية هي الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتكنولوجيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وميسَّرة لكافة الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره بروح من الاعتماد على النفس وحرية الإرادة. وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد ووظيفته المركزية ومحوره الرئيسي، ومن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع. وهي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسرة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني وهي تقرِّب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الناس ويعملون، وتشكل العنصر الأول في عملية متصلة من الرعاية الصحية".

فالرعاية الصحية الأولية هي الرعاية الصحية الأساسية التي يجب أن تتوفر لكافة الأسر والأفراد في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة بروح من الاعتماد على الذات وحرية الإرادة، وتوظيف التكنولوجيا الملائمة، والتعاون والتنسيق والتكامل في الخدمات بين مختلف قطاعات التنمية من تعليم وزراعة وصناعة وإسكان وطرقات وتموين وإعلام وأوقاف، إضافة إلى قطاع الجمعيات التطوعية غير الحكومي والجمعيات الخيرية والتعاونية والنقابية (الشكل 1).



الشكل 1 ـ قواعد الرعاية الصحية الأولية

من هذا التعريف يجب التأكيد على المفاهيم التي وردت فيه وهي:

1 ـ اعتمادها على وسائل وتكنولوجيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لكافة أفراد المجتمع.

2 ـ مشاركة المجتمع في كل مرحلة من مراحل تطورها.

3 ـ الاعتماد على الذات وحرية الإرادة.
4 ـ كونها جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحي بل محوره الرئيسي.
5 ـ كونها جزءاً من التنمية الاجتماعية الاقتصادية الشاملة للمجتمع.
6 ـ كونها تمثل المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي، وهي تقرب الرعاية الصحية إلى حيث يعمل الناس ويعيشون.

وفيما يلي شرح مفصَّل لهذه المفاهيم:

أولاً ـ استعمال التكنولوجيا الملائمة

تقول منظمة الصحة العالمية أن معظم الوفيات التي تقع في العالم سنوياً تحدث بين الأطفال دون الخامسة، وتورد المنظمة حول وفيات الأطفال الحقائق التالية:

1 ـ ما زالت الوفيات الناجمة عن أمراض الطفولة التي يمكن اتقاؤها بالتلقيح عديدة جداً، رغم توفر اللقاحات.
2 ـ يموت أربعة ملايين طفل قبل سن الخامسة بسبب الإسهال diarrhea، الذي يمكن الوقاية منه وتخفيف أخطاره بعلاج التجفاف dehydration بمحلول تعويض السوائل والكهارل.
3 ـ يموت أربعة ملايين طفل سنوياً بسبب الأمراض التنفسية الحادة acute respiratory diseases وعلى رأسها الالتهاب الرئوي pneumonia الذي يمكن علاجه ببساطة بالمضادات الحيوية.

هذه الأمراض يمكن تلافيها بتدخلات وإجراءات بسيطة من خلال استعمال تكنولوجيا ملائمة تستطيع تأمينها خدمات صحية تابعة للرعاية الصحية الأساسية. ويمكن خفض وفيات الرضع والأطفال من خلال المباعدة بين فترات الحمل والتلقيح ضد أمراض الطفولة، وبالتثقيف الصحي حيال الوقاية من الإصابات والأمراض، وكذلك من خلال مراقبة وزن الأطفال للتحقق من تطورهم ونموهم، ومتابعة الحمل ورعاية الحامل. ويمكن تطبيق التكنولوجيا الملائمة في كل مرفق من مرافق الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، بدءاً من الماء الصالح للشرب والنظافة في البيت والشارع والمكتب وانتهاءً بالعمليات الجراحية والتدخّلات الأخرى المماثلة، إلا أن التكنولوجيا الملائمة ذات مفهوم شامل ولا بد أن تتصف بصفات منها:

1 ـ أن تكون فعّالة، سواء كانت وقائية أو علاجية أو تعزيزية. فنحن نعلم أن التلقيح ضد أمراض الطفولة فعال بنسبة كبيرة إذا كانت اللقاحات نفسها فعالة وإذا كانت سلسلة التبريد تعمل بشكل صحيح، أما إذا كان ذلك غير متوفر، فإن اللقاحات تصبح غير فعالة وتبعاً لذلك تكون عملية التلقيح غير مجدية. وينطبق الأمر نفسه على العلاجات وطرق العلاج، الأمر الذي قد يتولد عنه عدم الثقة بالخدمات. والحديث عن

التحسين والتطوير في حياة الناس وأساليب حياتهم أساس الرعاية الصحية الأولية، فإذا كانت التدخلات التثقيفية غير مجدية جاءت بنتائج غير مرغوب فيها. ومثال ذلك الحديقة المنزلية التي إذا لم تتوفر الأرض لها، فالحديث في هذا المجال لا يكون مجدياً، ولا تكون فكرة الحديقة المنزلية طريقة فعالة في حل مشاكل التغذية في المجتمع. إذن فالتكنولوجيا الفعالة هي التي تخدم الواقع وظروف المجتمع وليس تلك التي تملى من الخارج، أو "الصورة طبق الأصل" لتلك التي ثبتت فعاليتها في مجتمعات أخرى.

2 ـ أن تكون مقبولة ثقافياً، أي أن تكون متوائمة مع قيم المجتمع واتجاهاته، وألا يكون استعمالها سبباً في أي خلل في النسيج الاجتماعي للمجتمع أو في إيجاد أجواءٍ من الارتباك وعدم الرضا والجدل من جانب أفراد المجتمع. فمثلاً لا تزال المفاهيم حيال مباعدة الولادات عند البعض مساويةً لتحديد النسل، ولا تزال مسألة زرع الأعضاء تصطدم بمفاهيم قديمة، ولا يزال البعض غير متقبِّل لفكرة أطفال الأنابيب، وكل تطبيق لأي من هذه التدخلات يخلق جدلاً اجتماعياً بين محبِّذ لها ورافضٍ دون الوصول إلى اتفاق في الرأي حيالها، الأمر الذي يمكن أن يضع علامة استفهام حول الرعاية الصحية الأولية كأداة لتحسين الصحة وصيانتها.

3 ـ التكنولوجيا الملائمة يجب أن تكون ذات تكاليف معقولة يمكن توفيرها في إطار الموارد المتاحة للبلد والمجتمع، ويجب ألاّ يعني هذا بأي حال من الأحوال أن تكون رخيصة أو ثمينة، بل الأهم أن تكون فعالة وتؤدي إلى أهدافها المحددة، مثال ذلك استعمال متر الخيّاط لقياس محيط منتصف العضد للأطفال كأحد المؤشرات الصحية في تقييم الوضع الغذائي للطفل.

4 ـ يجب أن يكون بالإمكان صيانتها وإصلاحها محلياً، وإلا فإنها تصبح عبئاً على الخدمات، وأبعد من ذلك فقد تؤدي إلى الإحباط وإلى ما نسميه "سخط المواطنين" وعدم رضاهم عن الخدمات. والأمثلة على ذلك كثيرة، فقد أدى عدم وجود قطع الغيار اللازمة لصيانة مضخات المياه محلياً إلى إزالة هذه المضخات وترك الآبار نتيجة لذلك مكشوفة ومعرضة للتلوث.

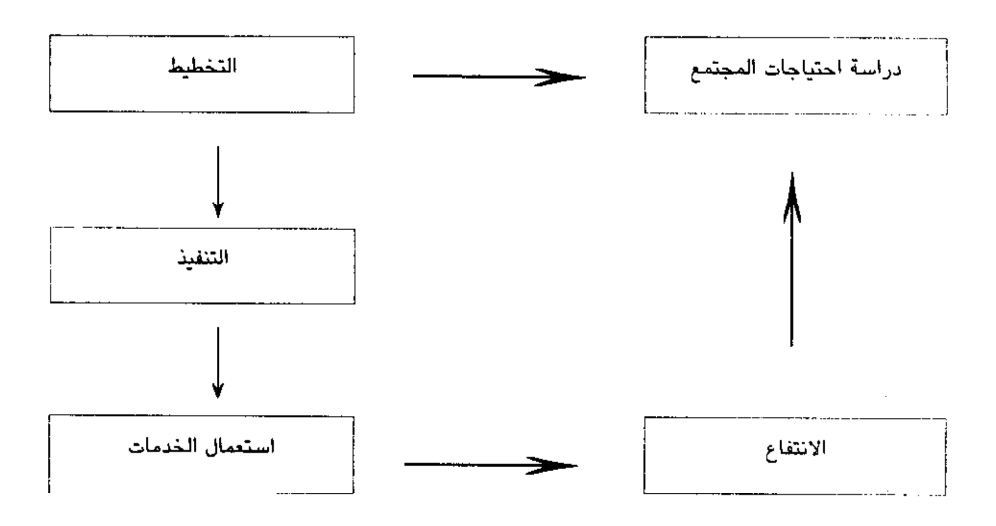
5 ـ يجب أن تتمتع بمواصفات قابلة للقياس والتأكد من دقة أدائها في جميع الأحوال وتحت كل الظروف الجوية والاجتماعية والاقتصادية. فإن لم تكن موازين الأطفال معيارية وقابلة للضبط، وإذا كان متر (الخياط) من قماش يتمدد ويتقلص حسب الأحوال الجوية، فإن من شأن ذلك أن يعطي صورة خاطئة عن نمو الأطفال وتطورهم في ذلك البلد. ويصدق الشيء ذاته على طريقة وزن الأطفال وتأثير ملابسهم على الوزن، ذلك أن ملابس الطفل في الشتاء أثقل من ملابسه الصيفية، وهكذا.

6 ـ يجب أن تكون متوازنة من الناحية التشريعية والقانونية كتكنولوجيا ملائمة وينطبق ذلك على الآلات والأدوات، كما ينطبق على الإجراءات. فالإجهاض غير العلاجي

غير مقبول شرعاً وعرفاً وقانوناً، لذلك لا يمكن أن يُمارَس في مستوى الرعاية الصحية الأولية، وهو محظور في السياسات الصحية لوزارة الصحة. ويماثل ذلك وسائل التداوي واستعمال المواد المخدرة أو الأدوية الضارة وإجراء التجارب على الإنسان والتمييز بين الناس والتحيز والأحكام المسبقة.

ثانياً ـ مشاركة المجتمع

جاء في ميثاق إعلان الرعاية الصحية الأولية في مادته الرابعة: "إن من حق الشعوب وواجبها أن تساهم أفراداً وجماعات في تخطيط وتنفيذ الرعاية الصحية الخاصة بها". وتأتي مشاركة المجتمع community participation كأحد مفاهيم الرعاية الصحية الأولية لدعم التوجه والمفهوم القديم المتجدد أن "الصحة لا تعطى بوصفة طبية، وإنما هي عمل ومجهود يبذله الفرد حيال صحته والمجتمع من أجل صحته وصحة أفراده". كما أن مشاركة المجتمع يجب أن تكون إيجابية في جميع مراحل الرعاية الصحية الأولية كما هو وارد في الشكل (2).



الشكل 2 ـ عملية مشاركة المجتمع من أجل الصحة

فعملية مشاركة المجتمع هي عملية تفاعل تسمح بتبادل الخبرات حول التكنولوجيا الملائمة التي يراد لها أن تطبق من خلال عمل مشترك لتلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع. ولمشاركة المجتمع في تخطيط وتنفيذ الرعاية الصحية الأولية عدة فوائد منها:

1 ـ أنها تؤدي إلى تفادي أخطاء الماضي التي نجمت عن تطبيق النموذج القديم المعروف باسم الأسلوب العلمي التكنولوجي scientific technological approach في تقديم الخدمات، والذي يقتصر اعتماده على العاملين في مجال الصحة من الأطباء ومساعديهم. فالطبيب هو الذي يصف نوع الخدمات التي يجب أن تنفذ في منطقته دون أن يأخذ بالحسبان ما للمواطنين من آراء. ولطالما اصطدمت الخدمات الصحية في الحقب الماضية بمثل هذا الأسلوب الذي لم يتقدم بصحة الناس كثيراً، فبموجب هذا الأسلوب كان دور المجتمع يقتصر على الانتفاع بالخدمات الصحية باستعمالها والاستفادة منها. أما المشاركة المطلوبة منه فتتمثل في الطلب من المجتمع أن يقدم موارده لمساندة تنفيذ مشروعٍ، أو برنامجٍ لتحسين المياه أو تصريف الفضلات، أو تهيئة الأطفال للتلقيح أو التبرع بالمبالغ النقدية، أو تقديم عمالة مجانية. ولم يحدث أن دُعِيَ إلى إشراك الناس في تخطيط هذه المشاريع أو تقييمها، علماً بأن مثل هذه المشاركة يمكن أن تكون ذات مردود في تعليم الناس كيفية التصرف في أوقات الأزمات الصحية وماذا يفعلون لحل مشاكلهم.

2 ـ إشراك الناس يعني تهيئتهم لطرح أفكارهم وآرائهم واتجاهاتهم في محاولة ربطها مع أهداف التنمية الصحية، والتغيرات أو التحولات المستهدفة، الأمر الذي يُعتمد عليه في الإجابة عن سؤال آخر وهو، هل الأولويات التي اختارتها التنمية الصحية هي نفس الأولويات التي يتطلع إليها المواطنون، والتي تلبي احتياجاتهم وتطلعات قياداتهم المحلية. ويعتبر "مشروع بوريروا" الصحي في نيوزيلندا مثالاً واضحاً على صياغة المشروع من خلال "عملية إشراك المجتمع". ففي عام 1967 أجريت عملية مسح صحي عادية لتحديد المشكلات الصحية في مدينة "بوريروا". ومنذ البداية اشترك المواطنون في وضع نماذج المسح وفي إجرائه، ومن خلال اجتماعات يومية كان يدور حوار بين مواطني المدينة والخبراء حول ماهية المشكلات وكيف تستخلص النتائج، وكيف ينتفع منها وكيف تعرض على سائر أفراد المجتمع. في البداية كانت النقطة الحرجة هي كيفية تحويل المسؤوليات من الخبراء إلى المواطنين وممثليهم. هذه العملية أكدت مسؤولية المواطنين عن المشروع وبالتالي إشراكهم. وبعد اجتماع بين المسؤولين في الصحة مع قادة المجتمع تكونت لجنة عمل وبدأ المشروع. بعد ذلك أصبح المشروع حلقة الوصل بين المجتمع وبين المسؤولين الصحيين، وبدأ دور المؤسسة الصحية يتضاءل في الوقت الذي تعاظم فيه دور المسؤولية لدى ممثلي المجتمع في إدارة المشروع. ولأسباب كثيرة فإن الاستعداد للعمل كان يتعاظم بين أفراد الجمهور. من هنا نرى أن عملية المسح الصحي مهدت الطريق لعملية إشراك المجتمع من أجل تلبية احتياجاته وبناء القدرة على الاعتماد على

الذات والسيطرة الاجتماعية، كما أنها بينت من يشارك، وفي أي نشاط، وكيفية المشاركة.

3 ـ من الوجوه المفيدة في عملية إشراك المجتمع في تخطيط وتنفيذ المشاريع الصحية التنموية العمل على القضاء على وَهْم العاملين الصحيين من أن "النظرية الجرثومية" في انتشار بعض أمراض المجتمع مثلاً يمكن أن تقنع عامة الناس ويأخذوا بها. صحيح أنها قد تكون مفيدة في بعض الظروف إلا أنها ليست كذلك دائماً. وفي أوائل خمسينيات القرن الماضي نجحت حكومة الأكوادور وبمساعدات ثنائية في مكافحة الداء العليقي (اليوز yaws) باستعمال حقن البنسلين. وفي إحدى القرى تبين أن المرض اختفى خلال عامين، ولم يكن ثمة شك في أن السبب كان في استعمال البنسلين. وبعد هذا النجاح حاولت الحكومة تأسيس نقاط صحية دائمة لتقديم هذه الخدمة. وقد استفاد الناس من هذه النقاط بشكل تلقائي، إلا أنهم لم يكونوا على استعداد لتلقي الحقن لأمراض أخرى، إيماناً منهم بأن أمراضهم الأخرى مردها قوى خارجية شريرة، واستمروا في علاجها بإشراف المداوين الشعبيين.

4 ـ لما كان الكثير من المشاكل الصحية ينشأ نتيجة العادات السائدة في المجتمع وأساليب الحياة، فإن مشاركة المجتمع في الرعاية الصحية الأولية تؤدي إلى دراسة أسباب هذه المشكلات وتعديل أساليب الحياة التي يتوارثها الناس بحيث يصار إلى تخفيف المشكلة. ومن الأمثلة على ذلك تغذية الأطفال الرضع بالزجاجة. فتغذية الأطفال الرضع بالزجاجة تصرّف استورده الريف من المدينة واستوردته المدينة في البلاد النامية من الغرب، لكنه ما لبث أن أصبح أسلوب حياة في المجتمعات النامية والمتخلفة، ونتج عنه انتشار الإسهال وسوء التغذية. فلو سلمنا بضرورة خروج الأمهات للعمل لأسباب عديدة فإننا نسلم تبعاً لذلك بأن انتشار أمراض الطفولة أمر عادي. وعلى العكس من ذلك، إذا أجري تخطيط ملائم لإشراك المجتمع بشكل منظم، فقد تظهر أمام المجتمع حلول بديلة وعديدة منها:

- تشجيع الرضاعة الطبيعية من الثدي كأسلوب حياة.
- إدخال أو تعديل التشريعات الخاصة بعمل الأمهات وإعطاؤهن فرصة للإرضاع الطبيعي من الثدي.
- إيجاد دور حضانة تابعة لمؤسسات العمل لتشجيع رعاية الطفل وإرضاعه رضاعة طبيعية من الثدي.
- وبما أن مفهوم مشاركة المجتمع مفهوم واسع وشامل، فمن الطبيعي أنه قد يتمثل في العديد من الصور العملية التي تختلف من فئة إلى أخرى في المجتمع الواحد. إلا أنها تعني المدى الذي يشترك فيه جميع المواطنين في المجتمع الواحد في العمل من

أجل الصحة، أو الذين يتمكنون من السيطرة على أنفسهم بمساعدة المسؤولين، أو بمساعدة مجموعات سكانية محلية.

وبالرغم من أن عملية مشاركة المجتمع تهدف إلى إشراك كل فرد في المجتمع، إلا أنه من الملاحظ أنه لن يكون بمقدور كل فرد أن يشارك في جميع أوجه العمل الصحي. فمثلاً ستختار الحملة التي تهدف إلى مكافحة التجفاف الأمهات وليس الآباء للاشتراك في إنجاح أهدافها، على الرغم من أن اختيار الأب والأم ضروري في اتخاذ القرارات ووضع الأوليات لمكافحة الإسهال. وبينما لا توجد معادلة واحدة يمكن الأخذ بها والعمل بموجبها لتحديد من يشارك، إلا أن العملية يجب ألا تسمح بتسلُّط الأغنياء والمتنفذين والأقوياء على الضعفاء والفقراء في المجتمع.

التخطيط	التنفيذ	الاستعمال	الانتفاع
تحديد الأهداف وضع الاستراتيجيات تقدير الموارد المراقبة والإشراف التقييم	تقديم العاملين تقديم التمويل الإشراف الإدارة التشريع	المياه المأمونة الإصحاح والصرف الصحي تلقيح الأطفال ضد الأمراض مكافحة الأمراض خدمات الأمومة والطفولة	اجتماعياً ومادياً وشخصياً وفردياً

الشكل 3 ـ صورة من إشراك المجتمع في العمل من أجل الصحة

جاء تحديد مسؤوليات وأدوار المجتمع المحلي والحكومة على كافة مستوياتها في الرعاية الصحية الأولية في الفقرة التالية: "... لابد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة والواعية من المجتمع، بحيث يتحمل الأفراد والأسر والمجتمعات مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم، بما في ذلك الرعاية الذاتية، بصرف النظر عن المسؤوليات الشاملة للحكومات عن صحة شعوبها".

أما عن العملية النموذجية لإشراك المجتمع في الوصول إلى هدف منظمة الصحة العالمية، فقد أشارت إليه المناقشات التقنية لاجتماع جمعية الصحة العالمية الرابع والثلاثين عام 1981 والتي أوصت أنه على المستوى المحلي:

"يجب أن تشترك المجتمعات المحلية في التخطيط والتقييم، شرط ألاَّ ينظر إلى العملية الإدارية كعملية مستقلة عن المجتمع، ويجب أن تكون متجاوبة مع الأفكار والمبادرات المحلية، وأن تقرِّب الموارد اللازمة بشكل فعال للوصول إلى المهمات المحددة ... وهي حوار ثنائي بين المسؤولين في الصحة وممثلي المجتمع، وبهذه الطريقة تصبح المجتمعات متجاوبة مع تلبية احتياجاتها. فإذا كان التخطيط يتعلق بالرعاية الصحية الأولية، فإن البدائل لا تكون محدودة بالتدخلات الصحية المألوفة،

ويجب أن يشمل الحوار القطاعات التنموية الأخرى حتى تتمكن من التجاوب مع احتياجات المجتمع".

ثالثاً - الاعتماد على الذات

جاء في وثيقة الرعاية الصحية الأولية وفي المادة السابعة منها: "...تتطلب وتعمل الرعاية الصحية الأولية على تحقيق أقصى قدر من اعتماد المجتمع والأفراد على أنفسهم...".

يرتبط مفهوم "الاعتماد على الذات" بشكل وثيق بمبدأ التنمية الاقتصادية والاجتماعية الذي يهدف إلى تنمية الموارد البشرية والمادية للمجتمعات المحلية وجعلها جزءاً لا يتجزأ من المجتمع الكبير. لذلك فقد اعتُبِر أن الرعاية الصحية الأولية "تشمل بالإضافة إلى قطاع الصحة جميع قطاعات وجوانب التنمية الوطنية وتنمية المجتمع، لا سيما الزراعة وتربية الحيوانات الداجنة والغذاء والصناعة والتعليم والإسكان والأشغال العامة والمواصلات وغيرها من القطاعات، وتقتضي بذل جهود منسَّقة من جميع تلك القطاعات".

ومن أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية أياً كان موقعها الجغرافي أو الزمني إحداث:

أ - تغيير اجتماعي بإحداث تغيير في تفكير الناس وفي قيمهم وفي اتجاهاتهم نحو قضايا هامة مرتبطة بالتنمية الاجتماعية مثل التعليم والصحة العامة ومياه الشرب.

ب - تغيير في التنظيمات الاجتماعية الاقتصادية، مثل تحسين الصناعات المحلية وإنشاء التعاونيات وما إلى ذلك.

ج - خدمات عامة مباشرة، مثل تأسيس وحدة للرعاية الصحية الأولية أو وحدة إرشاد زراعي أو ما شابه ذلك.

إن إحداث التغيير الاجتماعي وتغيير أفكار الناس واتجاهاتهم وقيمهم، يضع الأساس المتين لفهم أوضح لأوضاعهم ومشكلاتهم، وفي هذا بداية الاعتماد على الذات. ويتم ذلك من خلال عملية المشاركة بين ممثلي المجتمع من ناحية والمسؤولين في الخدمات الصحية والزراعية والتعليم والإسكان من ناحية أخرى، تبعاً لنوع المشكلات التي يعانيها المجتمع.

أما بالنسبة للتغيير في التنظيمات الاجتماعية ذات الصبغة الاقتصادية، فإنها تأتي كاستراتيجية لمساندة ودعم التغييرات والتحولات الاجتماعية، لأن مثل هذه التنظيمات تعزز الاعتماد على الذات. فتأسيس الجمعيات التعاونية ومجموعات المساعدة الذاتية من شأنه أن يقوي قدرة الفرد والأسرة والمجتمع على مجابهة المشكلات ووضع الحلول لها والسيطرة على إمكانات المجتمع وموارده.

وكنتيجة للقدرة على تحديد المشكلات والتخطيط لبرامج الحد منها وتنفيذ البرامج يصير تقديم الخدمات المباشرة للمواطنين أمراً مفروغاً منه.

وحيث إن التنمية الاجتماعية والمادية للمجتمع تعتمد على الصحة أولاً، فلا بد من العمل على تنمية الصحة، وجعلها أحد أهداف خطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وإلى هذا يشير المدير العام لمنظمة الصحة العالمية بقوله:

"الصحة للجميع ... تعني ... أن جميع الناس سيكونون قادرين على أن يعيشوا حياة اجتماعية واقتصادية مقبولة ... وأن يستعملوا طرقاً أفضل من الطرق الحالية في الوقاية من المرض والتعوق، وطرقاً أفضل في النمو والتطور، ويعيشوا ويموتوا بهدوء وسلام".

فالاعتماد على الذات هو الوسيلة لأن تقلل المجتمعات الصغيرة اعتمادها على الدولة لتخصيص موازنة سنوية قد لا تكون كافية لتقديم الخدمات للمواطن الفقير، وتزيد من توحيد جهود الدولة والمجتمع المحلي في عملية إدراك الاحتياجات الصحية.

رابعاً ـ الرعاية الأولية كجزءٍ من النظام الصحي

إن مفهوم "أن الرعاية الصحية الأولية هي جزء من النظام الصحي" جاء تحديداً فيما نصت عليه وثيقة الرعاية الصحية الأولية في مادتها السابعة:

"...تشمل على الأقل التثقيف بشأن المشكلات الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها وتوفير الغذاء وتعزيز التغذية الصحية والإمداد الكافي بالمياه النقية والإصحاح الأساسي ورعاية الأم والطفل، بما في ذلك تنظيم الأسرة والتمنيع ضد الأمراض السارية الرئيسية والوقاية من الأمراض المتوطنة محلياً ومكافحتها والعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة وتوفير الأدوية الأساسية".

فإذا اعتبرنا أن الحد الأدنى من مكونات الرعاية الصحية الأولية هي التي ذكرت أعلاه، فإنما هي جزء من الخدمات الصحية الواسعة التي تقدمها شبكات الخدمة المنتشرة في البلاد. أما محتوى الرعاية الصحية الأولية فهو الحد الأدنى من المكونات الأساسية التي تكفل الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والتنمية البشرية وتعزيز الصحة، هذا بالإضافة إلى أن مختلف البلدان لها الحرية في إضافة خدمات أخرى. فهناك من البلدان مَنْ توسَّع في مكونات الرعاية الصحية الأولية فأدخل فيها الصحة المدرسية وصحة الفم والصحة النفسية. وقد ورد في المادة السابعة من ميثاق الرعاية الصحية الأولية القول:

"إن الرعاية الصحية الأولية تتصدى لمعالجة المشكلات الصحية الرئيسية للمجتمع، وتقدم تبعاً لذلك خدمات لتحسين الصحة وخدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية".

فالتصدي للمشكلات الصحية الرئيسية يبدأ بالتوعية بهذه المشكلات، وقد سبقت

الإشارة إلى أن الرعاية الصحية الأولية تدعو إلى إشراك المجتمع في التخطيط والتقييم، وهو في حد ذاته عملية تعليمية تنموية تتيح للمجتمع تحديد مشكلاته والتعرف على أصولها، كما تتيح له تقرير احتياجاته ووضع أولوياتها وتخطيط هذه الأولويات. والتثقيف الصحي في الرعاية الصحية الأولية ليس هاماً وحسب، بل يعتبر المدخل الأساسي لها، ولذلك فلا تعتبر مهمة التثقيف الصحي تقديم معلومات تجهلها المجتمعات بل هي فوق ذلك تهتم بعنصرين:

1 ـ تحويل الوسائل التكنولوجية التعليمية والتثقيفية نحو التحليل الاجتماعي الذي يتجلى فيه اكتساب ثقة الجمهور، ثم استغلال هذه الثقة لاكتشاف رؤية المواطنين للمشكلة (وهي دراسة الاحتياجات المحسوسة) وأسبابها (وهي الاحتياجات الحقيقية) ومساعدة المواطنين في التعرف على دورهم للمساعدة على تحسين وضعهم.

2 ـ اكتشاف طرق جديدة تعمل على تقييم العلاقة بين مختلف المجموعات السكانية، ومناقشة الحلول للمشكلات الصحية. وتمثل الرعاية الصحية الأولية بالعاملين فيها مركزاً لتيسير التعليم، وربط عامة الناس مع متخذي القرارات في جميع الأنشطة التي تقدمها الرعاية الصحية الأولية.

وفي تقريره عن أعمال منظمة الصحة العالمية لعام 1976 أشار المدير العام لمنظمة الصحة العالمية:

"...أن منحى الرعاية الصحية الأولية يمثل إعادة صياغة بعض المفاهيم الأساسية للصحة العامة، أي أنها تهدف إلى تعزيز قدرة الفرد والمجتمع على الاعتماد على الذات. وهذا يؤكد أن على الناس أن يعملوا على تحسين أحوالهم الصحية بدلاً من الاعتماد على الآخرين للعمل على تحسينها".

وقد أشرنا في مكان سابق إلى أن الصحة لا تعطى بوصفة طبيب، وإنما تستدعي أن يبذل الناس جهوداً في سبيل تحسينها والمحافظة عليها. فإذا أريد لهذا الأمر أن يتحقق كان لا بد من إيجاد وسائل تكنولوجية صحية مبنية على أساس التوجهات المجتمعية التي تلتقي فيها العلاقات بين المجتمع وبين العاملين في الرعاية الصحية الأولية المبنية على:

ـ إدراك المجتمع للاحتياجات الصحية المجتمعية وإدراك العاملين الصحيين للاحتياجات الصحية المجتمعية.

ـ سلوك المجتمع في طريق البحث عن الرعاية الصحية مقابل سلوك العاملين في تقديم الرعاية الصحية الأولية.

- تقبُّل المجتمع للوسائل التكنولوجية الصحية واستغلالها مقابل تقديم الوسائل التكنولوجية الصحية من قبل العاملين في الرعاية الأولية.

وحتى تتمكن الرعاية الصحية الأولية من التصدي لمعالجة المشكلات الصحية الرئيسية للمجتمع لا بد من أن تتصف بما يلي:

أ - أن تكون قريبة من الناس، ولا يعني ذلك بأي حال من الأحوال مجرد وجود مراكز الرعاية الصحية الأولية في المجتمع وحسب، إنما قربها من الناس يمكن أن يكون بمعناه الواسع زيادة قدرة الفرد والأسرة والمجتمع على التصدي للمشكلات الصحية وذلك من خلال:

تعليم الناس وتدريبهم على الرعاية الذاتية self-care.

- الترويج وبعث الحماس في المجتمع لتأسيس مجموعات المساعدة الذاتية self-help groups.

- تشجيع أنظمة المساعدة المجتمعية في الحالات الحرجة.

- تدريب المجتمع على كيفية تعبئة وتفعيل موارد المجتمع لتحسين وتنمية الصحة المجتمعية.

- توفير مركز معلومات يتيح للمواطنين سهولة الوصول إلى المعلومات الصحية وإلى الرسالة الصحيحة الهادفة.

ب - أن تكون شاملة، والشمولية بمعناها الواسع أيضاً تعني أنها:

- مخططة على أساس دراسة الاحتياجات الصحية، وذات صلة بصحة المجتمع.

- شاملة لكل المستويات ومستوى الإحالة السريري والإداري.

- شاملة لمستوى الفرد والأسرة والمجتمع.

- تخطيط وتنفيذ جزء من خطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة.

ج - أن تعتني بعملية التنسيق في تقديم الخدمات ضمن وخارج إطار المؤسسات الصحية، فالتنسيق ضمن المركز الصحي وفي مستوى الإحالة وخارج إطار المؤسسات يتم على الوجه التالي:

- ضمن المركز الصحي، يجب على جميع العاملين الذين يقدمون الخدمة للمريض أن يدرسوا احتياجات مرضاهم وينسقوا جهودهم تجاهها، للحيلولة دون ازدواجية العمل الواحد.

- وفي مستوى الإحالة، تزويد الجهة المحال إليها المريض بخلاصة عن حالة المريض الصحية والانفعالية والاقتصادية والاجتماعية، ويتطلب ذلك إيجاد نظام لارتجاع المعلومات feedback من مستوى الإحالة إلى المستوى الأول لمتابعة الحالة.

- تنسيق الخدمات العلاجية والوقائية حيثما أمكن ذلك.

- أما خارج إطار الرعاية الصحية الأولية فيتم التنسيق من أجل التكامل والتعاون وشمولية الجهود والخدمات بما يتصل بصحة المجتمع.

د - أن تتصف خدماتها بالاستمرارية الزمنية حسب الأنظمة المرعية. فقد تكون الخدمات على مدار الساعة، وقد تنظم بشكل يكفل لجمهور المواطنين المرضى والأصحاء الالتقاء بالعاملين في الخدمات حسب جداول زمنية محددة. كما أن الاستمرارية في الخدمات تعني عدم انقطاع الخدمة بسبب نقص وشح الموارد، كنقص اللقاحات أو العلاجات الأساسية أو العلاجات الجيدة أو اللقاحات صالحة المفعول أو غير ذلك، ثم أن سلسلة التبريد تتعرض من حين لآخر إلى التعطل وتؤدي إلى تلف اللقاحات. وثمة مشكلة أخرى وهي غياب العاملين أو نقص عددهم، إضافة إلى قصور التمويل الذي قد يؤدي إلى عدم الاستمرارية.

هـ - أن تكون الرعاية المقدمة على مستوى توقع المواطن. وللوصول إلى ذلك لا بد من:

- وضع خطة عمل متكاملة ومخطط لها بمشاركة المجتمع، آخذة بالحسبان دراسة الاحتياجات وتوقع المواطنين.

- توفير العدد الكافي من العاملين المؤهلين، حتى لا يضيع وقت المواطنين هدراً مما يؤدي إلى امتعاض المواطنين وشكواهم.

- توفير الموارد المالية والمادية الأخرى من معدات وأدوات بشكل كاف يؤمن احتياجات المجتمع.

- وضع برنامج عمل مدروس يأخذ في الحسبان تقديم الخدمات في الأوقات التي يتسنى للمواطنين بلوغها.

- إشراك المواطنين وتشجيعهم على إبداء آرائهم حول الخدمات والمساهمة في متابعتها ومتابعة نشاطاتها وتقييمها تمهيداً لتطويرها لتصل إلى المستوى اللائق وتطلعات المواطنين ورغباتهم.

خامساً - الرعاية الأولية جزء من التنمية الشاملة

ظلت المجتمعات الصغيرة ردحاً من الزمن محرومة ومعزولة وسلبية في انتمائها وفي تعاملها مع المجتمع الكبير، إلى أن جاء مبدأ التنمية الاجتماعية والاقتصادية الذي يهدف بين ما يهدف إلى إزالة العزلة والحرمان عن هذه المجتمعات، ومساعدتها في الانخراط بشكل أكثر إيجابيةً في حياة الأمة والعالم. ففي الخمسينيات من القرن العشرين أسهمت الأمم المتحدة في حركة "تنمية المجتمع" التي تهدف إلى تحسين جودة حياة الناس من خلال توحيد جهودهم مع جهود الدولة في سبيل تطوير الموارد البشرية والمادية لهذه المجتمعات. وكان أن بدأت التنمية على هيئة برامج تثقيفية جماهيرية من أجل

فقراء الريف، إلا أن جمعية الصحة العالمية التاسعة والعشرين 1976 طلبت من المدير العام لمنظمة الصحة العالمية "اتخاذ الخطوات المناسبة لضمان إسهام المنظمة إسهاماً فعالاً بالاشتراك مع الوكالات الدولية الأخرى في دعم التخطيط الوطني للتنمية الريفية الذي يرمي إلى تخفيف حدة الفقر وتحسين جودة الحياة".

نبع هذا القرار من الإيمان بأن المستويات الصحية هي جوانب هامة لجودة الحياة، وأن تحسين الصحة عنصر أساسي في التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

فالفقر والجهل والمرض لا بد أن تواجه بتخطيط تنموي شامل تكون الخدمات الصحية جزءاً رئيسياً منه، على ألاّ يُنظَر إلى الخدمات الصحية على أنها ذات مردود قصير الأجل في الإنتاج، كالموارد المادية، بل يجب أن ينظر إليها ويجري تقييمها تبعا لآثارها طويلة الأجل على جودة الحياة لأن:

1 ـ بعض أسباب المرض يعود في أصله إلى البيئة.

2 ـ بعض أسباب المرض يعود إلى العادات الاجتماعية والثقافية.

3 ـ بعض أسباب المرض يعود إلى نقص الغذاء أو افتقاره للعناصر الغذائية.

لذلك تهدف التنمية الشاملة إلى تغيير الأوضاع الصحية تغييراً جذرياً بكسر حلقة الفقر، وتمكين السكان من توفير تعليم أساسي وأكاديمي مناسب، وتنفيذ سياسات زراعية توفر الطعام والغذاء الكافيين، وتحسين البيئة بما في ذلك المياه المأمونة والإصحاح، ومكافحة القوارض ونواقل الأمراض، وإيجاد المسكن الصحي، مما يؤدي إلى تحسن الإنتاجية بازدياد قدرة الناس على العمل والإنتاج بفضل تحسن أوضاعهم الصحية.

تحسن الأحوال الاجتماعية والصحية والاقتصادية

تحسن في مردود الإنتاج

زيادة الإنتاج

تحسن مستوى التعليم

الشكل 4 ـ التنمية الشاملة تؤدي إلى القضاء على الفقر الاجتماعي

ولأن الرعاية الصحية الأولية تضم بين أهم ما تضم دعوتها إلى تغيير أنماط الحياة وسلوك الناس، وبالتالي تحسين جودة الحياة، فقد وافقت الدول الموقِّعة على وثيقة الرعاية الصحية الأولية على اعتبار الرعاية الصحية الأولية جزءاً من التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة.

ونظراً للآثار الاقتصادية الفعالة للتكنولوجيا الحديثة في الصحة أصبح القطاع الصحي واحداً من القطاعات المنتجة اقتصادياً في كثير من بلاد العالم. فمخرجات outputs هذا القطاع مواطنون أصحاء يعيشون في بيئات صحية ويتبعون سلوكاً صحياً، ويؤمل أن ينتجوا أجيالاً وعائلات تتمسك بثقافة صحية متطورة. ومع ذلك فالرعاية الصحية الأولية لا تدعو إلى احتكار التنمية الصحية، فهي تنسق جهودها مع القطاعات التنموية الأخرى بما يتصل بالصحة من نشاطات. فقد تأسس في العديد من البلدان مجالس تنسيق وتعاون وتكامل بين القطاعات التنموية المختلفة، تضم بالإضافة إلى ممثلي الصحة ممثلين عن الزراعة والبيطرة والبيئة والإعلام والتعليم والأوقاف والري والصناعة، وممثلين عن الحركة التعاونية والجمعيات التطوعية، وهي على مستويات محلية وإقليمية وقومية، ولكل مستوى منها وظائف تنسيقية وتعاونية وتكاملية.

سادساً ـ المستوى الأول لاتصال الجمهور بالخدمات الصحية

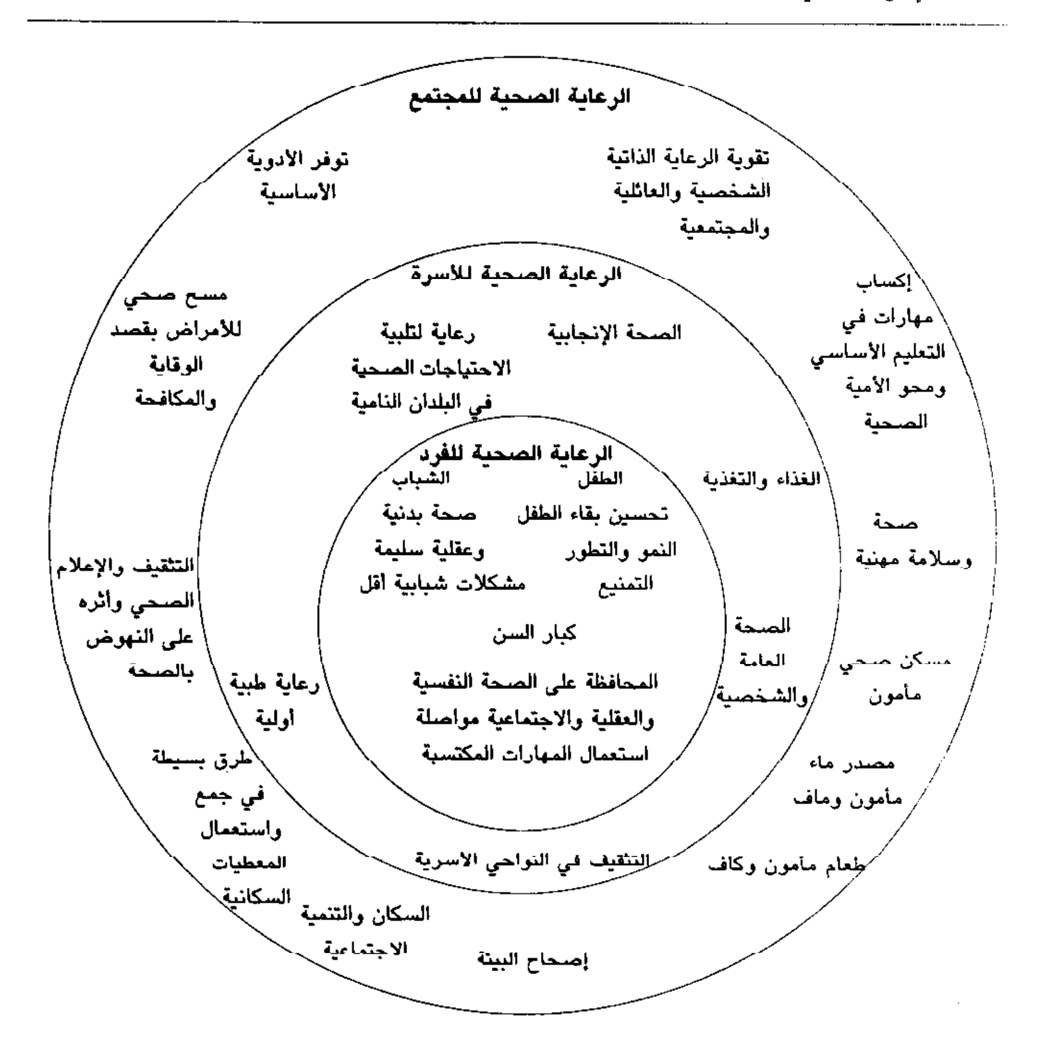
تمتاز الرعاية الصحية الأولية عن غيرها من البرامج الصحية الأخرى التقليدية بخاصية هامة، هي استراتيجياتها المقترنة باستراتيجية "الصحة للجميع بحلول عام ألفين". وتضم هذه الاستراتيجية مجموعة أهداف تسعى الرعاية الصحية الأولية للوصول إليها. وتعمل هذه الاستراتيجيات في ثلاثة مستويات هي:

1 ـ مستوى الفرد

2 ـ مستوى الأسرة والعائلة

3 ـ مستوى المجتمع

إن نظرة إلى الشكل (5) تعطي لمحة سريعة عن الوظائف الوقائية للرعاية الصحية الأولية، الأمر الذي يجعلها المستوى الأول لاتصال الجمهور بالخدمات الصحية. فخدماتها الوقائية تطال الفرد في جميع مراحل تطوره بدءاً من مرحلة ما قبل الولادة وحتى الشيخوخة. وهي تطال الأسرة في زيادة قدرتها على حل مشاكلها الصحية الإنجابية والعائلية والغذائية، وعادات النظافة الشخصية والبيئية، وتقديم الرعاية الطبية العامة والمتخصصة، كما تطال المجتمع، إذ تقاسمه المسؤولية في الإصحاح البيئي وتحسين مستوى التعليم، وتقوّي الرعاية الذاتية، وتقوي في المجتمع قدرة الاعتماد على الذات في إجراء تحليل الأوضاع الصحية المجتمعية والوصول إلى دراسة الاحتياجات، والتخطيط لتلبيتها، وتأمين العقاقير الأساسية، وهي بذلك تقرب الرعاية الصحية إلى حيث يعمل الناس ويعيشون.



الشكل 5 ـ الوظائف الوقائية للرعاية الصحية الأولية

الصحة للجميع والرعاية الصحية الأولية

لقد كان مرمى الصحة للجميع بحلول عام ألفين هدفاً شاملاً لاستراتيجية الرعاية الصحية الأولية، إلا أنه مع ذلك لا يعني الوصول إلى القضاء على جميع الأمراض على وجه الأرض عند حلول ذلك التاريخ.

فالسياسة الصحية تعبير عن الأهداف والاتجاهات الرئيسية الرامية إلى تحسين الحالة الصحية، وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات لبلوغها. أما الاستراتيجية فهي الخطوط العريضة للأعمال المطلوبة في السياسة الصحية، من خلال خطط سليمة، تبين مسؤولية القطاعات في العمل لبلوغ الأهداف الصحية وهي تشمل مثلاً:

ما يجب القيام به ـ تلقيح 90% من الأطفال دون السنة من العمر.

من سيقوم بالأعمال ـ خدمات التلقيح الموسع.

الفترة الزمنية ـ خلال عام 1991.

تعيين الموارد

ـ وزارة الصحة	50000 وحدة نقدية
ـ منظمة الصحة العالمية	20000 وحدة نقدية
ـ اليونيسيف	60000 وحدة نقدية
ـ المساعدات الثنائية	5000 وحدة نقدية
ـ الجمعيات التطوعية	3000 وحدة نقدية
المجموع	138000وحدة نقدية

لقد وُضِعت الأهداف العالمية المباشرة لمرمى الصحة للجميع بحلول عام ألفين ولاستراتيجية الرعاية الصحية الأولية في ضوء الأوضاع والاعتبارات الاقتصادية والاجتماعية والصحية للبلدان، وتُرِك لكل بلد تعيين أولوياتها عند التخطيط والتنفيذ. فمن أهداف هذه الاستراتيجية مثلاً:

أولاً ـ توفير إمكانية الوصول المباشر إلى الرعاية الصحية الأساسية لجميع السكان في كل بلد، وكذلك الحال بالنسبة لسهولة الوصول إلى مرافق الإحالة من المستوى الأول (مرافق الرعاية الصحية الأولية).

فمن الناحية النظرية وضعت ثلاثة مستويات للرعاية الصحية الأولية وهي:

أ ـ الوحدة الصحية الأولية وتخدم 1000ـ 2900 من السكان ضمن قرية أو مجموعة سكانية متناثرة، وكل خمسة من هذه الوحدات ترتبط بمركز صحي فرعي.

ب ـ المركز الصحي الفرعي وهو يخدم 2500 من السكان في المنطقة التي يقوم عليها، إضافة إلى أنه مركز إشراف وتدريب، ويخدم خمس وحدات صحية أولية، وبذا يصل مجموع ما يخدم إلى 14800 من السكان، وكل ثلاثة مراكز صحية فرعية ترتبط بمركز صحي أو مستوصف.

ج ـ المركز الصحي أو المستوصف، وقد يكون مؤثثاً بأسرّة أو لا يكون، حسب مقتضيات الحاجة، ويخدم ما مجموعه 50000 من السكان منهم 5500 في المنطقة التي يقوم فيها إضافةً إلى 44500 هم إحالات من المستويات الدنيا في الوحدات الصحية الفرعية الثلاث.

ثانياً ـ ضمان مشاركة الناس بصورة فعالة في رعاية أنفسهم وأسرهم بقدر المستطاع، وضمان نشاط المجتمع المحلي من أجل الصحة. هذا الهدف يعني التثقيف

والإعلام من أجل الصحة، بما في ذلك زيادة قدرة الفرد والأسرة على المجابهة والتصدي للمشاكل الصحية. لقد سبقت الإشارة إلى أن صحة الفرد والأسرة في المجتمع تعتمد على عدد من العوامل بما في ذلك البيئة وأساليب الحياة، فمن غير المعقول إذن حفظ الصحة وتعزيزها دون إجراء تغييرات وتحويلات في البيئة والعادات غير الحميدة والأساليب المعرِّضة للخطر في حياة الأفراد. فالتحولات المرغوبة في البيئة وأساليب الحياة تعتمد على أربعة أنواع من الأنشطة التي تندرج تحت الإعلام والتثقيف من أجل الصحة وهي:

أ ـ تعزيز الصحة health promotion

ب ـ اتقاء الأمراض prevention of diseases

ج ـ حفظ الصحة health protection

د ـ التثقيف في التعامل مع المرض education to deal with diseases

هذه الأنشطة تجدها متداخلة في الأنشطة المتنوعة التي تقوم بها الرعاية الصحية الأولية، والموجهة إلى الأسرة والمجتمع، بقصد زيادة قدرتهم على التصدي للمشاكل الصحية، وتنشئة أفراد الأسرة وبالتالي أفراد المجتمع عليها.

1 ـ في مستوى الأسرة

إن الأسرة هي الوحدة الأساسية في الاعتماد على الذات، والبؤرة الأساسية للمعلومات والنشاطات التثقيفية في التنشئة الاجتماعية للأطفال، لذلك فالمهام المحددة للأسرة هي:

أ ـ التزود بالمعرفة الأساسية في النظافة والتمنيع والتغذية والإصحاح كوسائل للمحافظة على الصحة، وبالتالي القدرة على تقييم الصحة، ومعرفة أهمية المحافظة عليها وتعزيزها.

ب ـ التزود بالإدراك والوعي حول المخاطر الصحية المحيطة كالتلوث البيئي بأنواعه والحوادث وأسبابها وكيفية الوقاية منها وتفاديها.

ج ـ الاعتراف بأن الصحة والمرض يتغيران من حالة إلى حالة، لذا فاكتساب مهارات خاصة باتخاذ القرارات الخاصة بالرعاية الذاتية والبحث عن مصادر المساعدة يعد أمراً جوهرياً.

2 ـ في مستوى المجتمع

نجد أن المجتمع يدعم ويساند الأسرة في جهودها، وبدون هذا الدعم لا يمكن الوصول

إلى الصحة والمحافظة عليها. فالعمل الجماعي مطلوب لخلق أجواء اجتماعية واقتصادية وبيئية، يصبح الفرد فيها متحمساً للاهتمام بصحته وصحة أفراد أسرته إلى أقصى حد ممكن. لذلك فالمهام الملقاة على عاتق المجتمع تتلخص بما يلي:

أ ـ تسهيل الوصول إلى معلومات مفيدة وصحيحة عن المشاكل الصحية الراهنة وطرق الوقاية منها واحتوائها.

ب ـ إيضاح الوسائل التكنولوجية والخدمات الصحية ذات العلاقة بالصحة والمتاحة للمجتمع وإيجابيات وسلبيات كل منها.

ج ـ تقديم ومواصلة تقديم المعلومات الصحية الصحيحة من خلال وسائل الإعلام الجماهيرية، بما في ذلك العمل على منع الإعلان عن المواد والمنتجات الضارة بالصحة كالتدخين أو تغذية الرضع بالزجاجة، أو تلك التي تسبب الاعتماد على الأدوية الضارة، والممارسات الشاذة المعرضة للخطر.

3 ـ في مستوى الخدمات بما في ذلك مستوى الإحالة

تقع على المجتمع مسؤولية تشجيع وتسهيل اعتماد الأسرة على الذات، وإشراك المجتمع بأعمال تخطيط لخدمات وتقييمها، وربما تنفيذ بعض الأعمال حسب مقتضيات الحاجة. وما لم يكن هذا مفهوماً جيداً من قبل المجتمع، فإن المجتمع يظل مستهلكاً للرعاية الصحية وسلبياً في موقفه منها، بدلاً من أن يأخذ زمام أموره بيده في حفظ صحته وحمايتها. وتتناول مهام الخدمات في التثقيف:

أ ـ تقديم المشورة للمرضى، بما في ذلك تعزيز السلوك الصحي.

ب ـ تقديم المعلومات الصحية الصحيحة.

ج ـ تنظيم أنشطة التعليم النظامي في المدارس من أجل الصحة.

د ـ تشجيع أنشطة القطاعات التنموية ذات الصلة بالصحة لمساندة الفرد والأسرة.

هـ ـ التعاون الوثيق مع وسائل الإعلام لتشجيع نشر المعرفة الصحية الصحيحة.

وهذه الأنشطة في جميع مستوياتها يجب أن تؤدي إلى ما يلي:

ـ زيادة المعرفة بأهمية التغذية الصحيحة، والأخطار الصحية، وكيفية الوقاية منها.

ـ زيادة قدرة المواطنين على التعامل مع المرض والحوادث عند وقوعها.

ـ انخفاض نسبة الإصابة بالأمراض والحوادث التي يكون للفرد فيها الدور الرئيسي، وخفض معدل الوفاة بين الرضع بالنسبة للأمراض التي يمكن الوقاية منها بالنظافة، وخفض معدل الحوادث المنزلية.

ـ مواصلة اشتراك المواطنين في النشاطات الترويحية والرياضية.

- زيادة معدل الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة، بما في ذلك التزويد بالمياه السليمة والإصحاح والتلقيح ضد أمراض الطفولة.
- زيادة عدد المواضيع الصحية التي تتطرق إليها وسائل الإعلام الجماهيرية، مع حظر الإعلان عن المواد الضارة بالصحة والممارسات الشاذة. كما أن اتباع أسلوب "الترويج الاجتماعي" لتشجيع اتباع أساليب الحياة الصحية هو أسلوب مشوق ومباشر.

ثالثاً ـ ضمان مشاركة المجتمع مع الحكومة في تحمل مسؤولية الرعاية الصحية لأفراده. هذا الهدف يعني تعزيز الاعتماد على الذات عند المجتمع من خلال دراسة احتياجات المجتمع الصحية والوصول إلى اتفاق في الآراء المستندة إلى إدراك كل فريق لهذه الاحتياجات من وجهة نظره، ثم اتخاذ القرارات المناسبة لذلك. فهي دعوة لدراسة الأوضاع الراهنة وتخطيط وتنفيذ النشاطات المطلوبة بعد توزيع المسؤوليات وتقييم الأعمال عند انتهائها.

رابعاً ـ إعادة النظر في النظم الصحية للبلدان، وذلك لأن الحكومات تتحمل المسؤولية عن صحة شعوبها، ولتوفير الصحة للجميع يقتضي الأمر:

- إعادة النظر في السياسة الصحية للبلد أو وضع سياسة صحية جديدة
- صياغة استراتيجية تؤمن توفير الصحة للجميع
- وضع أهداف محددة يتسنى الوصول إليها
- وضع خطط عمل لتنفيذ هذه الاستراتيجية
- وضع خطط التقييم مع مؤشرات مناسبة

ويتطلب هذا العمل أن تدعم البلدان وزارات الصحة فيها لضمان:

- الالتزام بتنفيذ الاستراتيجية (توفير الصحة للجميع)
- تأييد المجتمع لهذه الاستراتيجية
- تأمين قيام جهاز لتنسيق العمل بين قطاعات التنمية المختلفة بما فيها الصحة
- تأمين مناصرة الاقتصاديين والنقابيين للاستراتيجية
- إنشاء عملية إدارية منهجية دائمة للتنمية الصحية وتشجيع البحوث الهادفة إلى حل المشكلات
- تأمين الموارد والعون الدولي والثنائي لتمويل الأعمال
- وضع مؤشرات المراقبة وتقييم الاستراتيجية وتأمين الأجهزة والطاقة البشرية اللازمة لذلك

خامساً ـ ضمان توفير مياه الشرب النقية وتصريف الفضلات لجميع السكان. لقد التزمت الدول من أجل ذلك بما يسمى بالعقد الدولي لتوفير مياه الشرب والإصحاح لجميع السكان والذي انتهى عام 1989. وكان من أهداف هذا العقد أن يتم تطبيق لامركزية المؤسسات بقاعدة عريضة تعتمد على الموارد البشرية والمادية المحلية وتستند إلى اشتراك المجتمع في التخطيط والتنفيذ والتقييم.

سادساً ـ ضمان توفير التغذية السليمة والمتوازنة والكافية لجميع الناس، وللوصول إلى هذا الهدف لا بد من الإجراءات التالية:

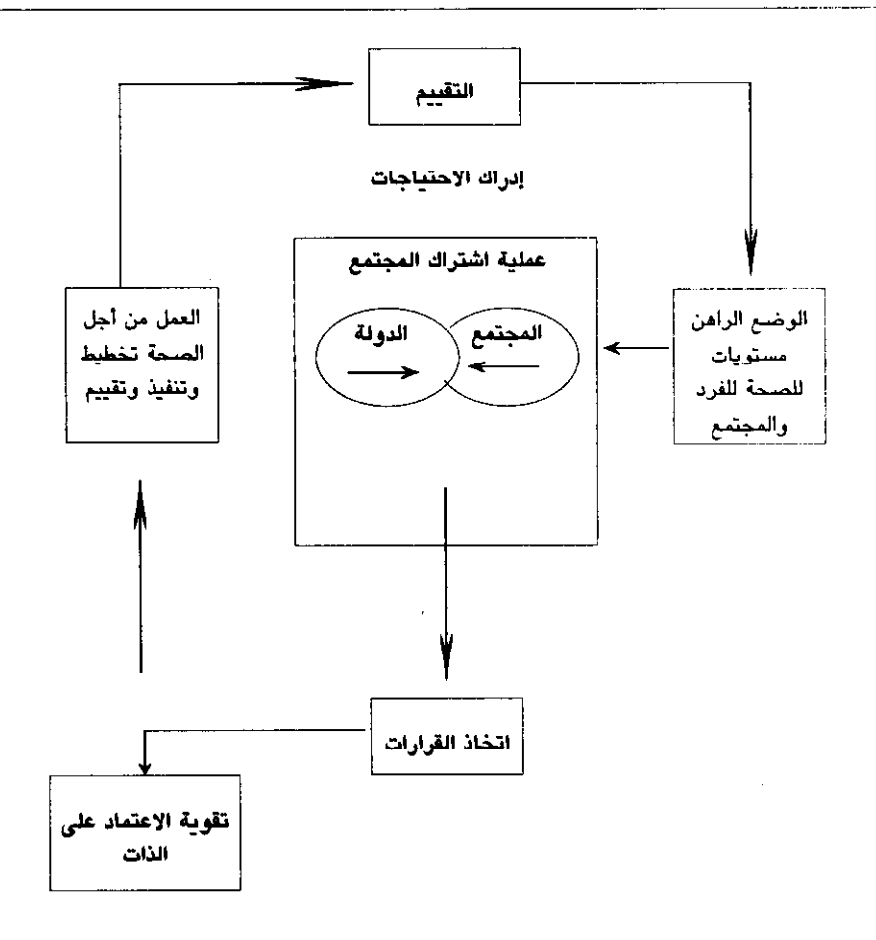
- تنفيذ برامج لتحسين الوضع الغذائي للأمهات والأطفال، من أجل نمو وتطور صحيحين، ومراهقة سليمة، وزيادة المقاومة، وتقليل المخاطر التي تتعرض لها الأمهات الحوامل.
- تنفيذ برامج تهدف إلى خفض مستويات نقص التغذية، والكشف المبكر عن سوء التغذية.
- تنفيذ برامج تهدف إلى خفض مستويات الإفراط في التغذية ومخاطرها.

سابعاً ـ ضمان تمنيع جميع الأطفال ضد أمراض الطفولة المعدية والقاتلة. وهذا الهدف معني على الخصوص بستة أمراض تصيب الأطفال وتؤدي إلى وفاة نسبة عالية منهم وهي الخناق والسعال الديكي والكزاز والحصبة والتهاب سنجابية النخاع (شلل الأطفال) والسل، وهي مشمولة ببرنامج التمنيع الموسع. وللوصول إلى هذا الهدف لا بد من:

- تقييم الوضع الراهن من حيث النسبة المئوية لتغطية الأطفال دون السنة من العمر، ومعدلات الإصابة بهذه الأمراض، ومعدلات الوفاة بسبب هذه الأمراض.
- البرمجة والتنفيذ لخفض معدلات الإصابة والوفاة بسبب هذه الأمراض، وذلك من خلال توفير اللقاحات اللازمة.

ثامناً ـ خفض معدلات الأمراض السارية في البلدان النامية إلى مستوى معقول قريب من ذلك المستوى الذي في البلدان المتقدمة عام 1980، وللوصول إلى هذا الهدف لا بد من:

- تطوير وسائل الترصد الوبائي ومراقبة (رصد) الأمراض ووسائل تكنولوجية تشخيصية سريعة على كافة المستويات.



الشكل 6 ـ إشراك المجتمع في الرعاية الصحية في دراسة احتياجات التخطيط والتنفيذ والتقييم

ـ تعزيز نشاطات التمنيع ضد أمراض الطفولة ومكافحة نواقل الأمراض ومكافحة الملاريا والوقاية منها ومكافحة سائر الأمراض الطفيلية والوقاية منها، ومكافحة الإسهال والوقاية منه، والترويج للعلاج بتعويض السوائل والكهارل electrolytes الواقية من التجفاف عن طريق الفم، وخفض معدل الوفيات بسبب الأمراض التنفسية الحادة، وخفض معدلات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً.

ـ إجراء البحوث لاستنباط وسائل محسنة لاتقاء الأمراض السارية وعلاجها.

ـ اختيار مواد تشخيصية ووقائية وعلاجية ذات جودة ومأمونية وفعالية.

ـ تطوير الموارد البشرية، وإعطاء الأهمية للتدريب في الوبائيات والمناعيات.

تاسعاً ـ العمل على اتخاذ الإجراءات واتباع الأساليب الكفيلة باتقاء ومكافحة الأمراض غير السارية وتعزيز الصحة النفسية من خلال التأثير على أنماط الحياة

ومراقبة البيئة المادية والنفسية والاجتماعية للناس. وللوصول إلى هذا الهدف ينبغي:

- **بالنسبة للسرطان:** إعداد إجراءات وقائية لأنواع السرطان التي يمكن اتقاؤها، وإعداد استراتيجيات ملائمة لمكافحة السرطان، وإعداد برامج لتحسين جودة الحياة.

- **بالنسبة لأمراض القلب والأوعية الدموية:** تحديد الطرق المناسبة للوقاية من هذه الأمراض، وتقدير حجم مشكلة أمراض القلب والأوعية الدموية في المجتمع واختيار الأولويات.

- **وبالنسبة لتعزيز الصحة النفسية:** تقييم تجارب العلاج النفسي الاجتماعي، واتباع تكنولوجيات للوقاية من مشكلات الإدمان على المسكرات والمخدرات ومعالجتها بين أوساط الشباب والأسرة.

عاشراً ـ توفير الأدوية الأساسية للسكان، وللوصول إلى هذا الهدف ينبغي:

- وضع سياسات دوائية وتنفيذها.
- تحديد كمي للاحتياجات وتأمينها وتدبير إنتاجها حسب الضرورة.
- إمداد منتظم بالأدوية واللقاحات الأساسية للرعاية الصحية الأولية.
- مراقبة جودة الأدوية واللقاحات.
- مراقبة استعمال الأدوية.

كيفية متابعة ما تم تحقيقه (التقييم والمؤشرات)

أ ـ **التقييم.** وهو عملية متواصلة تهدف إلى تصحيح وتحسين الأنشطة والأعمال، بحيث تكون ملائمة وأكثر كفاءةً وفاعليةً. والتقييم هو الحكم المبني على تقدير الوضع الراهن لأمور معينة، ويجب أن يؤدي إلى استنتاجات معقولة وإبداء مقترحات مفيدة للتطوير وتحسين النشاطات. وتعني الملاءمة أن تكون الأعمال والنشاطات استجابةً للاحتياجات المجتمعية الأساسية والسياسات والأولويات الاجتماعية والصحية. أما الكفاءة فتعني العلاقة بين النتائج التي نجمت عن النشاطات الصحية أو البرامج الصحية والجهود المبذولة فيها من حيث الموارد المادية والبشرية والوقت والتكنولوجيا. بينما الفاعلية هي درجة بلوغ الأهداف المقررة سلفاً.

ب ـ **المؤشرات.** وهي متغيرات variables تساعد على قياس التغيرات بصفة مباشرة أو غير مباشرة.

وتعتمد المؤشرات التالية في تقييم مدى تطبيق الدولة للرعاية الصحية الأولية على الإجابة عن الأسئلة التالية:

1 ـ هل الصحة للجميع تعتبر سياسة على أعلى المستويات الرسمية؟

2 ـ هل توجد أجهزة فعالة في البلد تسمح للناس بالتعبير عن مطالبهم واحتياجاتهم

الصحية من خلال التنظيمات المجتمعية المختلفة المتاحة في ذلك البلد؟

3 ـ هل يُنفَق ما لا يقل عن 5% من الناتج القومي الإجمالي على الصحة؟

4 ـ هل تعطى الرعاية الصحية المحلية الدعم الكافي كنسبة مئوية معقولة من الإنفاق الصحي؟

5 ـ هل يجرى توزيع الموارد بإنصاف على المجموعات السكانية والمناطق الجغرافية؟

6 ـ هل يتوافر للسكان ما يلي، وعلى الوجه المبين أدناه:

ـ مياه نقية في المنازل أو على بعد 15 دقيقة.

ـ وسائل تصريف فضلات أو إصحاح ميسَّرة.

ـ التمنيع ضد شلل الأطفال والكزاز والسعال الديكي والخناق والسل والحصبة.

ـ توفير ما لا يقل عن 20 دواء أساسياً.

ـ الموظفون المدربون للعمل والإشراف على الولادة ورعاية الأطفال دون السنة من العمر.

7 ـ هل الحالة التغذوية للأطفال في المستويات التالية:

ـ يزن أكثر من 90% من المواليد عند ميلادهم 2500 غ على الأقل.

ـ وزن الطفل مقابل السن في 90% من الأطفال مماثل للمعايير القائمة.

ـ هل تقل معدلات وفيات الرضع عن 50 لكل 1000 من المواليد الأحياء؟

ـ هل يزيد مأمول العمر عند الميلاد على 60 سنة؟

ـ هل يتجاوز معدل التعليم بالنسبة للرجال والنساء نسبة 70%؟

ـ هل يتجاوز الناتج الوطني الإجمالي 500 دولار أمريكي للفرد؟

وقد بات التركيز في الوقت الحاضر على مفهوم ضمان الجودة في الرعاية الصحية الأولية عالياً.

مبادرات خاصة لتعزيز الرعاية الصحية الأولية وتحقيق مرمى الصحة للجميع

من المناسب أن نلقي الضوء على بعض المبادرات الخاصة التعزيزية للرعاية الصحية الأولية والهادفة لتحقيق مرمى الصحة للجميع، والتي دعمتها منظمة الصحة العالمية.

مبادرة تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية

أسلوب تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية هو عملية تهدف إلى تحقيق حياة ذات

جودة أفضل، وأهم مقومات هذا الأسلوب هو مرمى توفير الصحة للجميع. ويرتكز هذا الأسلوب على تحقيق تنمية اجتماعية اقتصادية تقوم على مشاركة المجتمع فيها مشاركة كاملة. ويعزّز هذا الأسلوب اعتماد الناس على أنفسهم من خلال الإدارة الذاتية والتمويل الذاتي، وهو استراتيجية موجهة إلى الناس توفر الدعم الحيوي للتعاون بين القطاعات.

والاحتياجات التنموية الأساسية هي:

- تعزيز الصحة وحفظها
- التعليم
- تنمية المرأة
- الإصحاح
- الإمداد بالمياه
- الاتصالات
- الطعام
- موارد العيش

ولأسلوب تلبية الاحتياجات التنموية الأساسية فوائد جمة يمكن سردها كما يلي:

1 - خفض معدلات المراضة والوفيات، ولا سيما بين النساء والأطفال؛

2 - تحسين الوضع الصحي من خلال زيادة دخل الأسر والرعاية الذاتية؛

3 - تشجيع العدالة وأنماط الحياة الصحية؛

4 - زيادة إشراك المجتمع وتعزيز الشعور بالانتماء؛

5 - تشجيع اللامركزية والاعتماد على النفس؛

6 - تخفيف العبء المالي الملقى على كاهل الحكومات بالمساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلد؛

7 - التخفيف من حدة الفقر، وتحسين جودة الحياة.

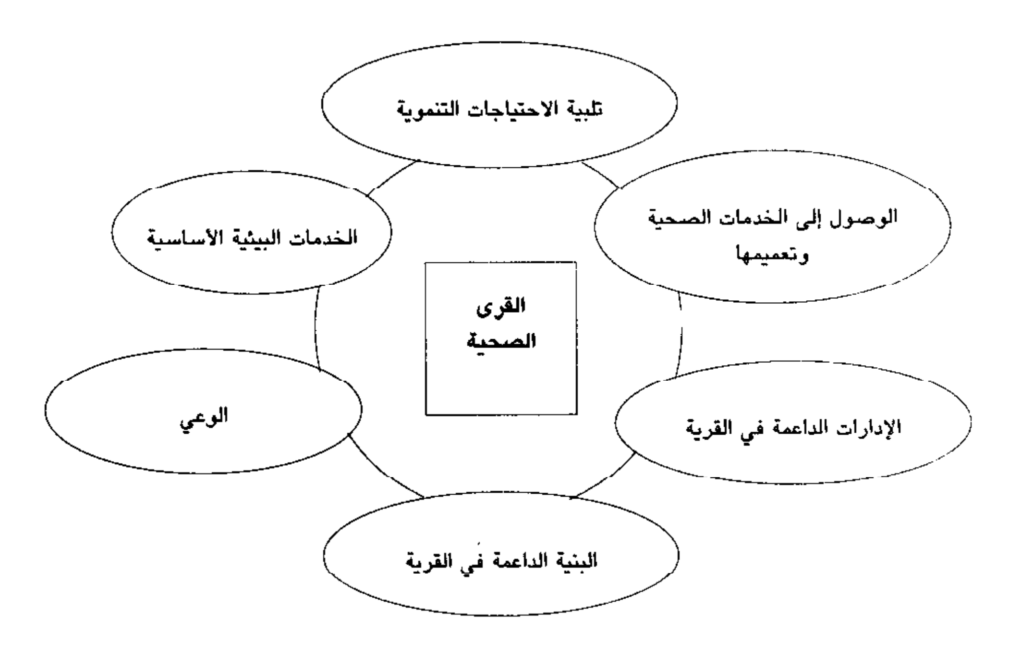
مبادرة إنشاء القرى الصحية

ويتمثل الغرض الأساسي لأي مشروع للقرى الصحية في تحسين صحة الناس وتحسين جودة حياتهم من خلال التركيز على تنمية القرية. وفي سياق هذه العملية تمنح أولوية للأنشطة الرامية إلى تهيئة بيئة معززة للصحة.

تمنح برامج القرى الصحية للمهنيين الصحيين وقادة المجتمع فرصة فريدة لمواءمة الأنشطة الصحية مع الأوضاع المحلية. فلكي تنجح المشاريع المتعلقة بالصحة، يتعين

على المجتمعات استعراف المشكلات العملية التي يواجهها الأفراد في حياتهم اليومية. كما تدعو برامج القرى الصحية إلى الأخذ بأسلوب المشاركة في تخطيط وتنفيذ الأنشطة الصحية والبيئية، وبذلك تحفز قادة المجتمع والمواطنين والمنظمات اللاحكومية على إيجاد حلول عملية للمشكلات والتحديات التي تعترض صحة المجتمع.

ويعرض الشكل (7) رسماً تخطيطياً لأسلوب القرية الصحية:



الشكل 7 ـ رسم تخطيطي لأسلوب القرى الصحية

الفصل الخامس والثلاثون

الصحة النفسية

الاضطرابات النفسية والعصبية واسعة الانتشار. يقول تقرير الصحة العالمية الصادر في العام 2001، والخاص بالصحة النفسية في العالم إن الاضطرابات العصبية النفسية تمثل نسبة 11% من عبء الأمراض العالمي، أي تأتي في المرتبة الثانية بعد الاضطرابات الإنتانية. ويذكر تقرير عن التنمية صدر في العام 1993 أن من طليعة أسباب العجز للاضطرابات النفسية والعصبية. وقد صنف الاكتئاب في المرتبة الرابعة في عام 1993 ومن المتوقع أن يصل إلى المرتبة الثانية في عام 2020 ويقع في المرتبة الأولى بالنسبة للنساء.

والأمراض الثلاثة التي تتصدَّر قائمة الأمراض النفسية (تقاس بسنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة) هي: الاكتئاب الأحادي القطب (4.1%) الاضطراب العاطفي ثنائي القطب (1.1%)، وأنواع الذهان الرئيسية (0.8%). وهي تشكل معاً خسارة من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة تفوق ما يتسبب به مرض السل (2 و3%) والأمراض التي يمكن الوقاية منها بلقاحات تحصينية (3.8%).

ومن المعروف عن الاضطرابات النفسية أنها باهظة التكلفة وتسبب العجز. وهي تؤثر في عمالة وإنتاجية المصاب، كما تؤثر في أسرته العامل على رعايتها. وتؤدي الأمراض النفسية إلى مستوى مرتفع من استعمال خدمات الرعاية الصحية، إضافة إلى زيادة استعمال الخدمات الاجتماعية والإسكان والتعليم، وفي بعض الحالات نظام القضاء.

يمكن أن تشكل الاضطرابات النفسية تكاليف كارثية للأفراد والأسر ويمكن أن تدفع بها إلى براثن الفقر. كما أنه من المرجَّح أن يصاب الفقراء بأعراض الكربة النفسية أو الضائقة (Narayan ,2000).

يوجد العديد من المعتقدات بشأن أسباب الأمراض العقلية. غير أن من المعلوم الآن أن هذه الأمراض تنجم عن تفاعل بين عوامل اجتماعية وجينية والشدّات وعوامل إنتانية.

والصحة النفسية مرتبطة بالصحة الجسدية (Davis, 1996)، والإنتاجية الاقتصادية والعمالية (Ettner)، وبقضايا نمو وتطور أخرى. فالعنف ضد النساء والكحولية والإصابة بفيروس ومرض الإيدز هي بعض المجالات التي تتفاعل فيها الأمراض الاجتماعية مع الأمراض الصحية. وغالباً ما ينعكس العبء المرتفع الذي ينجم عن الاضطرابات الإنتانية عند الأطفال دون سن الخامسة، والعبء المرتفع الناجم عن وفيات الأمهات والوفيات قبل وبعد الولادة، في ارتفاع معدلات الاضطرابات العصبية كالصرع والشلل الدماغي واستسقاء الرأس والتخلف العقلي.

توجد معالجات فعالة تسهل للأشخاص المعنيين أن يحيوا حياة منتجة. وقد ثبت أن برامج الصحة النفسية التي تنفذ في المجتمعات المحلية يمكن أن تكون فعالة جداً.

من شأن الإجراءات التدخلية الصحية كالتحصين باللقاحات والوقاية من الاضطرابات الغذائية أن تقي من الاضطرابات في النمو. وتسهم خدمات الرعاية الصحية المدرسية وخدمات رعاية صحة المراهقين وخدمات رعاية صحة الأمومة كافة في الوقاية من الاضطرابات النفسية وتشجيع الصحة النفسية. ويبين النهج المستند إلى دورات الحياة كيفية إدماج الرعاية الصحية النفسية في خدمات الرعاية الصحية الأخرى.

تقرير منظمة الصحة العالمية عن الصحة النفسية

أعدَّت منظمة الصحة العالمية تقريراً خاصاً عن الصحة النفسية في العالم (التقرير الخاص بالصحة في العالم للعام 2001)، بهدف إذكاء وعي الجمهور والأطباء والمسؤولين عن الخدمات الصحية بالعبء الكبير الذي تشكله الاضطرابات النفسية وما تسببه من مراضةٍ وكلفة، كما أن التقرير يهدف إلى المساعدة في وضع الخطط لإزالة بعض العقبات التي تحول دون حصول أصحاب الحاجة الصحية للرعاية التي يستحقونها في هذا المجال.

أورد التقرير عدداً من التوصيات بالتدابير التي يتعيَّن اتخاذها لدعم الرعاية الصحية النفسية في كل دولة، وهي:

- إيتاء الخدمات على مستوى الرعاية الأولية، وذلك لإتاحة الفرصة للحصول على الرعاية بسهولةٍ ودون كلفةٍ كبيرة وضمن برامج الرعاية الأخرى.

- توفير الأدوية، ووضعها على لائحة الأدوية الأساسية في كل دولة.

- تقديم خدمات الرعاية ضمن المجتمع عوضاً عن توفير العلاج ضمن المستشفيات. وهذا الأمر يحدُّ من الإحراج والوهم المرتبط بتلقي العلاج، ويخفض كلفة الرعاية ويسهِّل الحصول عليها. ومن الأفضل إدخال المرضى إلى أقسام للصحة النفسية في المستشفيات العامة بدلاً من المرافق الخاصة بالصحة النفسية التي هي حالياً أشبه بزنزانات السجون منها إلى أسِرَّة المستشفيات.

- تثقيف الجمهور وتوعية المسؤولين عن أهمية الصحة النفسية وسبل رعاية مرضاها
- إشراك المجتمعات والأسر في وضع الخطط والبرامج الخاصة بالرعاية
- وضع سياسات وبرامج وتشريعات وطنية
- تنمية الموارد البشرية
- إقامة علاقاتٍ مع كافة القطاعات
- رصد الصحة النفسية في الدول
- دعم المزيد من البحوث

خطة العمل

- إنشاء أو تدعيم نظام تقديم خدمات الرعاية العقلية ضمن إطار الرعاية الصحية الأولية.
- زيادة الوعي بالصحة العقلية والاضطرابات العقلية وأسبابها والوقاية منها، ومدى توفر الإجراءات التدخلية الفعالة
- زيادة عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية والعناصر البشرية ذات الصلة (المعلمون والعاملون في المجالات الاجتماعية والأطباء النفسيون) الذين يمكنهم تمييز وإدارة شؤون أو إحالة المرضى المصابين بمشاكل الصحة النفسية
- وضع وتنفيذ معايير قياسية موحدة وإرشادات من أجل إدارة شؤون مشاكل الصحة النفسية
- إنشاء أو تدعيم نظام إشراف مساند
- إنشاء أو تدعيم نظام إحالة المرضى
- وضع وتنفيذ نظام معلومات إدارة شؤون الصحة النفسية

متطلبات خطة العمل

- ضرورة خلق الطلب على خدمات الصحة النفسية والعصبية عن طريق الاستثمار في برامج توعية صحية لمكافحة الشعور بالعار وزيادة الوعي بحقيقة الاضطرابات النفسية والعصبية وأسبابها والوقاية منها وبأن المداواة الفعالة موجودة وبالإمكان الحصول عليها.
- ضرورة تحسين القدرة على الحصول على هذه الخدمات وإدماج الصحة النفسية في خدمات الرعاية الصحية الأولية، وهذا يشمل:
- تدريب العاملين في الرعاية الصحية الأولية على القدرة إدارة مشاكل الصحة العقلية الشائعة.

- إنشاء نظام إشراف مساند.
- إنشاء نظام إحالة.
- ضرورة ضمان إدماج الصحة النفسية في سياسة قطاع الصحة وخطط استراتيجياته وموازناته على الصعيد الوطني والمستويات الإدارية الأخرى كالمناطق والأقاليم.
- ضرورة تشجيع وضع معايير قياسية وإرشادات من أجل إدارة الاضطرابات النفسية الشائعة في كل من مستويات نظام الرعاية الصحية.
- ضرورة الدعوة لإدراج عدد ضئيل من العقاقير الطبية النفسية والعصبية في قائمة العقاقير الأساسية للمساعدة في ضمان القدرة على الحصول على هذه العقاقير على كافة مستويات نظام الرعاية الصحية. معايير اختيار العقاقير هي: السلامة والتكلفة وسهولة التناول مع القدرة على معالجة أكثر الاضطرابات القابلة للمعالجة شيوعاً.
- ضرورة استطلاع الدور الذي يمكن أن يقوم به المعالجون البديلون، بمن فيهم العاملون في المعالجة التقليدية، وذلك في تقديم خدمات الرعاية الصحية النفسية. ففي بعض مناطق العالم، يراجع عدد كبير من المرضى هؤلاء العاملين التقليديين حتى قبل مراجعة نظام الرعاية المغايرة.
- ضرورة تسهيل الروابط بين القطاعات كالروابط مع قطاعات التعليم والرعاية الاجتماعية والإسكان وإعادة التأهيل في المجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية العاملة في الرعاية الصحية النفسية، والروابط داخل قطاع الصحة مع كل من: برامج مكافحة مرض الإيدز، وبرامج الصحة الإنجابية، وتنمية الطفولة المبكرة، وصحة المراهقة، والتوعية الصحية، والصحة المدرسية، وبرامج مكافحة العمى النهري river blindness (داء التُّنَيْنات) dracunalosis، وخدمات العيادات الطبية، وخدمات المجتمعات المحلية وخدمات العجز. وقد يكون من المهم تكوين لجنة لتنسيق أنشطة الرعاية الصحية النفسية تجمع بين مختلف أصحاب المصلحة الحقيقية المعنيين.

الوضع في إقليم شرق المتوسط

- نفّذت عدة دول من دول إقليم شرق المتوسط برامج لإدماج خدمات الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية، منها دولة البحرين وجمهورية مصر العربية والجمهورية الإسلامية الإيرانية، والأردن، والمغرب وباكستان وسلطنة عمان والمملكة العربية السعودية والسودان وتونس واليمن. ولعل تجربتي باكستان وإيران هما الأكثر شمولية وأهمية في هذا المجال، إذ عملت إيران على تدريب الآلاف من الأطباء

الممارسين والعاملين الصحيين في مجال الصحة النفسية، وصاغت برامج لإحالة المرضى الذين يشكون من مصاعب نفسية ضمن نظام دعم الرعاية الصحية الأولية.

وكان وزراء صحة إقليم شرق المتوسط قد اعتمدوا عام 1997 إعلاناً مهماً حول الصحة النفسية يشمل التالي:

- دعم خدمات الصحة النفسية.
- تطوير خدمات الصحة النفسية في كافة المراحل من رعاية صحية أولية إلى رعاية المرتبة الثانية والثالثة من نظم الإحالة الصحية.
- زيادة الوعي ودعم الأهالي للصحة النفسية في كافة المراحل.
- دعم التعاون والتنسيق بين كافة القطاعات في مجال الصحة النفسية.

وقد شمل الإعلان خطة تتضمَّن عشرة بنود هي:

- خدمات شاملة للصحة النفسية لتسهيل التشخيص والبدء بالرعاية الصحية.
- شمول خدمات الرعاية الصحية لخدمات الصحة النفسية.
- تدريب كافة العاملين الصحيين في المهارات الضرورية للصحة النفسية.
- إنشاء مراكز للتدخل الباكر ضمن المجتمع.
- صياغة برامج للصحة النفسية في برامج الصحة المدرسية.
- صياغة برامج لمهارات التدريب الآيلة إلى رعاية الأبناء والأهل.
- ضم برامج الصحة النفسية إلى برنامج المدن والقرى الصحية.
- تشجيع السلوكيات المعززة للصحة وتخفيف الكرب.
- تثقيف وتوعية المجتمع لأهمية الصحة النفسية.
- ضم القيادات والمراجع الروحية والدينية لدعم الرعاية الصحية النفسية.

وتدعو خطة العمل إلى تأسيس إدارة مركزية للصحة النفسية في وزارة الصحة، وتطوير المشافي التي تعنى بالمرضى الذين يشكون من أمراض نفسية، وتشجيع برامج الصحة النفسية في كليات الطب والعلوم الصحية، وإنشاء وحدات للصحة النفسية في المحافظات والمناطق، كما تدعو الخطة إلى اندماج خدمات الصحّة النفسيَّة ضمن شبكة الرعاية الصحية الأولية، ومراقبة الوضع النفسي للأهالي والمجتمعات، ودعم أسر المرضى الذين يشكون من أمراضٍ نفسية وحث المنظمات غير الحكومية لأخذ المبادرة في برامج مبكرة لتعزيز الصحة النفسية والوقاية من أمراضها، وتوعية المجتمع، والبحوث ودراسة العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية.

الصحة النفسية في بعض دول إقليم شرق المتوسط

الدولة	عدد أسرة الصحة النفسية في المشافي	عدد المستشفيات الخاصة بالصحة النفسية	عدد الأطباء الاختصاصيين في الصحة النفسية	عدد المرضى في الصحة النفسية	عدد الفنيين في الصحة النفسية	عدد المساعدات الاجتماعيات
البحرين	201	3	25	67	3	6
مصر	9000	18	450	1355	211	300
الأردن	560	3	60	100	30	100
لبنان	1800	3	60	187	19	38
ليبيا	1550	2	-	-	-	-
المغرب	-	-	140	250	45	4
فلسطين	352	2	21	5	6	13
السعودية	200	6	181	1239	104	473
تونس	-	-	100	-	300	30
الإمارات	100	1	40	109	13	-
اليمن	570		25			

المصدر: تقرير التنمية البشرية Human Development Report 1993

نسبة العبء المرضي للأمراض النفسية

أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	%4
الهند	%7
الصين	%4.2
أميركا الجنوبية ومنطقة الكاريبي	%15.9
الشرق الأوسط	%8.7
بقية قارة آسيا	%10.8
أوروبا الشرقية	%17.2
الدول الغربية	%25.1
الدول النامية	%9.0
العالم بأسره	%10.5

معلومات مفيدة عن الصحة النفسية

- أن واحداً من كل أربعة أشخاص سيصاب بأحد الأمراض النفسية. وأن أكثر من 450 مليون نسمة مصابون حالياً بأحد الأمراض النفسية.

- أن 121 مليون نسمة مصاب بالاكتئاب وأن 50 مليون يعانون من داء الصرع و24 مليون من انفصام الشخصية.

- أن أكثر من مليون نسمة ينتحر سنوياً وأن بين 10 و20 مليون يحاولون الانتحار.

- أن الأمراض النفسية تشكل حوالي ثلث العجز الصحي في العالم، وهي متوطنة في كافة الأقاليم والبلدان.

- أنه حتى في البلدان التي توفر خدمات الرعاية للصحة النفسية، فإن ثلث المرضى فقط يستفيدون من التقديمات الصحية بسبب الخوف من تلقي العلاج.

- أن 60% من مرضى الاكتئاب يمكن علاجهم وشفائهم، وكذلك الأمر بالنسبة لمرضى الإدمان، كما أن 73% من مرضى الصرع يمكنهم العيش دون معاودة الصرع، وأن 77% من المرضى المصابين بانفصام الشخصية يمكنهم العيش حياة طبيعية.

- تقدر منظمة أن الصحة العالمية بأن حصة الصحة النفسية من ميزانية وزارة الصحة يجب ألا تقل عن 10% وأن عدد أسرة الصحة النفسية يجب أن تكون نسبتها ربع مجمل أسرة المستشفيات وأن الوصول إلى مراكز الصحة النفسية يجب ألا تتعدى فترة الساعة الواحدة من السفر.

- توصي المنظمة أن توفّر 2.5 ـ 10 أطباء اختصاصيين في الصحة النفسية و50 ـ 80 سريراً لكل مئة ألف نسمة.

- كما تقدر المنظمة أن من كل ألف نسمة، هناك 315 شخصاً يشكون من عوارض تتعلق بالأمراض النفسية، يستشير 230 منهم طبيباً عاماً، ويتم تشخيص 101 شخص منهم ويحال 17 شخصاً من هذه المجموعة إلى طبيب اختصاصي في الصحة النفسية ويدخل 6 منهم إلى المستشفيات أو المصَحَّات للمعالجة.

الفصل السادس والثلاثون

الصحة الإنجابية

مقدمة

الصحة الإنجابية هي حالة من العافية التامة جسدياً وعقلياً واجتماعياً، ولا تعني مجرد انتفاء المرض، وذلك في كافة الأمور المتعلقة بجهاز الإنجاب.

وتعني الصحة الإنجابية أن لدى المرأة القدرة على أن تكون لها حياة جنسية تتسم بالاعتدال والصحة وبكونها مأمونة القدرة والحرية في اتخاذ القرار بشأن خياراتها الإنجابية.

وتمثل المشاكل الإنجابية كالحمل المبكر أو غير المرغوب فيه والإصابة بفيروس مرض الإيدز والأمراض الأخرى التي تنتقل بالاتصال الجنسي والأمراض والوفيات المتصلة بالحمل جانباً كبيراً من عبء الأمراض بين المراهقات والبالغات في البلدان النامية.

وأظهر تقرير صدر عن التنمية في العالم 1993 أن ما لا يقل عن 13% من سنوات العمر المصحَّحة باحتساب العجز نجمت عن مشاكل في الصحة الإنجابية، وأنها بالنسبة للنساء كانت النسبة 33%.

تتركز مشاكل الصحة الإنجابية بصورة خاصة بين الفقراء الذين غالباً ما يفتقرون إلى القدرة على الحصول على الحد الأدنى من الرعاية الصحية الإنجابية، ويقدر عدد النساء اللواتي يرغبن في مباعدة الحمل والحد منه ولكن يفتقرن إلى تنظيم الأسرة بحوالي 120 مليون امرأة. وتعتبر الوقاية الأسلوب الأكثر فعالية في معالجة معظم مشاكل الصحة الإنجابية.

فالمشاكل الخطيرة باهظة التكلفة وصعبة الحل متى ظهرت، وتتخطّى العواقب السلبية لسوء الصحة الإنجابية ومنافع الصحة الإنجابية الجيدة اعتبارات الصحة لتؤثر في المستوى الاجتماعي. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يكون للحمل المبكر عواقب صحية واجتماعية سلبية على الأمهات الصغيرات السن وآثار دائمة على أطفالهن. أما الصحة الإنجابية الجيدة فهي تزيد الخصب والعافية.

منافع الإجراءات التدخلية في الصحة الإنجابية

1 ـ تحسين الصحة الإنجابية لدى المراهقات يخفض عدد حالات الحمل غير المرغوب واحتمال الإصابة بفيروس مرض الإيدز والأمراض الأخرى التي تنتقل بالاتصال الجنسي. وهو يحسن فرص استمرار الفتيات في المواظبة على الدراسة ويوسع نطاق خيارات حياتهن.

2 ـ الوقاية من الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي ومعالجتها.

3 ـ إدماج أنشطة الصحة الإنجابية الوقائية في رعاية صحة الأمومة والطفولة وبرامج تخطيط الأسرة.

4 ـ القدرة على اختيار توقيت الحمل، التي تؤثر كثيراً في الزيادة السكانية.

5 ـ تؤدي زيادة خيارات موانع الحمل والقدرة على الحصول عليها إلى تقليل حوادث الإجهاض غير المأمون.

6 ـ تخفيض الوفيات والإصابات المرضية المتصلة بالحمل لدى الأمهات، مما يؤدي إلى زيادة فرص الرضع والأطفال في البقاء على قيد الحياة ويحسن الخصب.

7 ـ يعتمد تخفيض وفيات الأمهات على قيام نظام الرعاية الصحية بوظائفه على النحو السليم. فتدعيم هذا النظام بهدف تحسين صحة الأمهات يسفر عن منافع في العديد من مجالات الصحة الأخرى.

8 ـ تخفيض العنف ضد النساء يؤدي إلى تخفيض معدلات مرض ووفيات الأطفال والحمل غير المرغوب فيه، كما يؤكد قيمة المرأة في المجتمع.

وعلى خلاف البرامج الديموغرافية السابقة التي كانت تشجع أولا التخطيط الأسري العمودي لتحقيق الأهداف الديموغرافية، فإن الخط الحالي يشدد على أهمية توفر التخطيط الأسري ضمن إطار من الخدمات الشاملة في مجال الصحة الإنجابية.

العناصر الأساسية للصحة الإنجابية

- صحة المراهق
- الأمومة السليمة (خدمات ما قبل وأثناء وما بعد الولادة)
- أمراض الجهاز التناسلي؛ الأمراض المنقولة جنسياً، مرض الإيدز
- المعالجة من العقم
- المعالجة من سن اليأس (انقطاع الطمث)
- المعالجة من سرطان الجهاز التناسلي (عنق الرحم، وسرطان الثدي)

- إفساح الفرصة لمشاركة الذكور
- المشورة في مجال الصحة الإنجابية

تكاليف الرعاية الصحية الإنجابية

- تتسم الرعاية الصحية الإنجابية بالفعالية لقاء التكاليف، فهي تبلغ تسعين سنتاً من أجل خدمات تنظيم الأسرة، و3 دولارات للرعاية في فترة ما قبل الولادة وأثناءها، وعشرين سنتاً للرعاية في الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي لكل فرد. وهي يمكن أن تؤدي إلى تفادي ما يقدر بنسبة 8% من مجموع عبء المرض عالمياً.

في دراسة لمكتب مكافحة الأمراض والوقاية منها CDC يبلغ عدد مضاعفات الحمل عالمياً حوالي 150 مليون سنوياً، وينتج عن هذه الحالة المضاعفات التالية:

وفيات الأمهات	585,000
مضاعفات تسبب الإعاقة	20 مليون
مضاعفات أخرى	34 مليون
تزايد مخاطر بعض الأمراض بسبب الحمل	100 مليون

كما تقع حوالي سبعة ملايين حادثة وفاة أثناء الولادة كل عام في البلدان النامية بعضها مردها إلى الحمل ومضاعفاته (20%) وبعضها إلى الممارسات الإدارية المعتمدة أثناء الولادة (20%) وأكثر من 25% من الوفيات يعود لسوء الوضع الغذائي للأم الحامل

التحديات في إقليم شرق المتوسط

1- مقاومة تكامل وشمولية الخدمات: يشمل التحدي الأبرز الذي تواجهه المنطقة في الخدمات على مستوى الرعاية الصحية الأولية. ففي بلدان عديدة ما زالت البرامج عمودية vertical في مجال التخطيط الأسري وصحة الأم والطفل. كما أن بعض البرامج لا تزال غير شاملة وتفتقر إلى بعض الخدمات المذكورة أعلاه.

2-وفيات الأمهات والأطفال: لا تزال وفيات الأمهات والأطفال مرتفعة في بعض الدول على الرغم من انخفاضها على المستويات السابقة؛ كما أن هناك تفاوتاً بين دول المنطقة في هذه المؤشرات كما هو مبين أدناه:

الدولة	نسبة وفيات الأمهات لكل 100,000	عام تحديد المؤشر
أفغانستان	1700	1997
قبرص	15	1997
مصر	84	2000
العراق	294	1995
الكويت	7	1999
ليبيا	40	1995
عمان	16	2000
فلسطين	70	2000
السعودية	18	1993
السودان	365	1998
تونس	69	1994
اليمن	1000	1997
البحرين	15	1998
جيبوتي	740	1990
إيران	37	1997
الأردن	38	2000
لبنان	128	2000
المغرب	228	1997
باكستان	450	1999
قطر	0	2000
الصومال	1600	1990
سوريا	/1	2000
الإمارات	0	2000
المعدل الإقليمي	430	2000

وتعود أسباب وفيات الأمهات في بلدان إقليم شرق المتوسط إلى:

- إنتان الدم والارتعاج eclampsia (أو التشنج)
- النزيف
- مضاعفات الولادة
- مضاعفات الإجهاض abortion

وتختلف أسباب الوفيات في بلدان إقليم شرق المتوسط عنها في الدول المتقدمة

حيث تعود أسباب الوفيات إلى النزيف الناتج عن الحمل خارج الرحم، وانسداد الأوعية الدموية، وارتفاع ضغط الدم بسبب الحمل، وإنتان الدم septicemia ومضاعفات التخدير والبنج.

3 - الأمراض الخلقية: وهي تشمل كافة الأمراض الناجمة عن العوامل البيئية أو الغذائية أو الجينية أو غيرها من العوامل المجهولة، نذكر منها التشوهات الخلقية والأمراض الصبغية والأمراض الوراثية مثل أمراض الهيموغلوبين بما فيها التلاسيميا.

أقاليم منظمة الصحة العالمية	وفيات الرضع لكل 1000	الأمراض الخلقية لكل 1000	الأمراض الخلقية المميتة لكل 1000
شرق المتوسط	85.1	69	32
أفريقيا	91.6	61	23
جنوب شرق آسيا	17.8	51	15
أوروبا	17	49	15
اميركا	31.7	48	13
غربي الهادىء	41.5	47	12
المجموع	61.2	53	18

يظهر هذا الجدول ارتفاع نسبة وفيات الأطفال ونسبة الأمراض الخلقية في منطقتنا وقد يكون أحد الأسباب ارتفاع نسبة التزاوج بين الأقارب، إضافة إلى العوامل المذكورة أعلاه.

4-ارتفاع معدلات الخصوبة: على الرغم من انخفاض معدلات الخصوبة خلال العقود القليلة الماضية إلاً أن منطقتنا لا تزال تسجِل أحد أعلى المعدلات الإجمالية للخصوبة عالمياً.

الإقليم	متوسط معدل الخصوبة	متوسط معدل الخصوبة	أدنى وأعلى معدل للخصوبة
الأعوام	1950	1998	1998
شرق المتوسط	6.9	4.5	7.6-2
أميركا	4.5	2.5	4.9-1.5
أفريقيا	6.8	5.7	7.1-1.9
أوروبا	2.9	1.7	4.2-1.2
جنوب شرق آسيا	6.1	2.9	5.5-1.7
غرب الهادىء	5.9	1.9	5.8-1.4

5ـسوء التغذية: تعتبر التغذية ركيزة أساسية لنمو الإنسان ودوام صحته. ويتعرض السكان في منطقتنا لا سيما النساء الحوامل والأطفال إلى بعض المشاكل الغذائية منها النقص في الحديد، وفي حمض الفوليك والفيتامين A.

6 ـ فعالية النظم الإدارية الصحية: ويمكن تفعيلها من خلال اعتماد اللامركزية الإدارية، وتكامل الخدمات وتعزيز دور المجتمع المدني، وغيرها من الإصلاحات التي تؤدي إلى تطوير هذه النظم. ويدعو الأسلوب الشامل للقطاعات sector wide approaches إلى تأسيس نوع جديد وفعال من الشراكة بين الحكومة والجهات المانحة ومصارف التنمية والقطاع الخاص والمجتمع الأهلي والمدني ـ هذه الشراكة التي تشكل آلية فعالة لزيادة الاهتمام بمشاكل الصحة الإنجابية وتوفير الموارد الضرورية لها.

7 ـ الحروب والنزاعات: يشكل الأطفال والنساء أكثر المجموعات تأثراً من هذه النزاعات.

ففي العراق مثلاً، ارتفعت نسبة وفيات الأمهات من 68 حالة وفاة عام 1989 إلى 294 حالة عام 1999 لكل مئة ألف ولادة، كما ارتفع معدل وفيات الأطفال الرضع من 47 في الفترة 1984 ـ 1989 بنسبة 131 حالة في الفترة ما بين 1994 ـ 1999 لكل ألف ولادة.

أما في الأراضي الفلسطينية المحتلة، فقد تأثرت المؤشرات بعد الانتفاضة الأخيرة أي منذ أيلول/ سبتمبر 2000 حيث زادت معدلات المواليد الميتة بنسبة 47% وارتفعت الولادات المنزلية إلى 41%، كما ارتفعت معدلات انخفاض الوزن عند الولادة إلى 22%، وانخفضت نسبة التحصين ضد الحصبة بنسبة 10%، وضد السل بنسبة 7%؛ أما معدلات خدمات ما قبل الولادة فقد انخفضت بنسبة 4%.

8 ـ الفقر: تبين الدراسات بأن الفقر يؤثر سلباً في انعدام خدمات الرعاية ما قبل الولادة، وأثناء الولادات التي تتم تحت إشراف اختصاصيين أكفاء، وفي عدد الولادات المنزلية. وكما هو معلوم، يشكل الفقر التحدي الاكبر للتنمية والصحة، كما أكدته دراسة لجنة الاقتصاديات الكلية التي صدرت نتائجها عام 2002.

وتضم الأهداف الإنمائية للألفية الجديدة التي التزم بها المجتمع الدولي، بما في ذلك البنك الدولي، ثلاثة أهداف رئيسية تتناول الصحة الإنجابية، وهي:

1 ـ تخفيض معدلات وفيات الرضع والأطفال بنسبة الثلثين بين عام 1990 و2015.

2 ـ تخفيض معدلات وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع بين عام 1990 و2015.

3 ـ إيقاف وانحسار مسار انتشار فيروس ومرض الإيدز بحلول عام 2015.

الفصل السابع والثلاثون

صحة الطفل

مقدمة

تتمثّل الفجوة العالمية في العدالة الإنصاف الصحي بشكل كبير بين الأطفال، وهي تتركز في مجالات الأمراض السارية أو المعدية.

- يمثل الأطفال دون سن الخامسة ما يزيد على 20% من الفجوة العالمية في الوفيات بين أكثر خمس سكان العالم فقراً وأكثر خمسهم غنى.
- يتحمل الأطفال دون سن الخامسة نسبة 30% من مجمل عبء الأمراض في البلدان الفقيرة.
- إن نسبة عالية من الأطفال (نحو 99%) البالغ عددهم 10.9 ملايين طفل دون سن الخامسة من العمر الذين توفوا في عام 2000 كانوا من بلدان نامية. توفي من بينهم نسبة 36% في منطقة أسيا و33% في منطقة أفريقيا.

ينجم ما يزيد على 50% من كافة وفيات الأطفال عن خمسة أمراض معدية فقط، وهي قابلة للوقاية ويمكن معالجتها. وهذه الأمراض هي: التهاب الرئة، والإسهال، والحصبة، والملاريا، والإيدز والعدوى بفيروسه. أما سوء التغذية فهو عامل أساسي يزيد احتمالات الوفاة نتيجة هذه الأمراض. فالأطفال ضعفاء بصفة خاصة في سني حياتهم الأولى. وقد وصلت نسبة وفياتهم حوالي الولادة في عام 2000 إلى ما يزيد على 20% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر، وهي تشمل الاختناق عند الولادة، والصدمات الناتجة عن الإصابات، وانخفاض الوزن عند الولادة.

المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال (IMCI)

المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال Integrated Management of Childhood Illness هي استراتيجية تهدف تحسين نتائج صحة الطفولة، وضعتها منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف. وتشمل هذه الاستراتيجية إجراءات تدخلية في كل من المنازل والمجتمعات المحلية ونظام الرعاية الصحية. وتتمثل أهدافها في تخفيض كل من وفيات

الأطفال وإصابتهم بالأمراض والعجز وفي تحسين نموهم وتطورهم، مع التركيز بصفة خاصة على أكثر الأطفال فقراً وحرماناً. ولهذه الاستراتيجية ثلاثة مكونات هي:

- تحسين ممارسات الأسر والمجتمعات المحلية فيما يتصل بالرعاية الصحية والتغذية
- تحسين نظام الرعاية الصحية بغية المعالجة الفعالة لأمراض الطفولة.
- تحسين مهارات العاملين في الرعاية الطبية.

تتسم استراتيجية المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال بالمرونة حيث إنها تعالج في كل بلد مشاكل الأطفال دون سن الخامسة من العمر. وهي تشمل إجراءات تدخلية وقائية وعلاجية كتحسين تغذية الرضع والأطفال الصغار، والتشجيع على إرضاع الأمهات لأطفالهن من الثدي، والتحصين باللقاحات، واستخدام الكلة (الناموسية) في المناطق التي ينتشر فيه مرض الملاريا. وهي تستجيب لاحتياجات العاملين على رعاية الأطفال وتسعى لتحسين رضاهم عن خدمات رعاية صحة الطفولة.

حدد تقرير عن التنمية صدر في العام 1993 استراتيجية المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال باعتبارها من أكثر الخدمات فعالية لقاء التكاليف، فقد أمكن بواسطتها تفادي نسبة 14% من عبء الأمراض عالمياً مقابل 1.60 دولار أميركي في السنة للفرد.

أسباب وفاة أكثر من 10.9 ملايين طفل دون سن الخامسة في البلدان النامية 2000.

الالتهابات الصدرية	%20
الإسهال	%12
الحصبة	%5
الملاريا	%8
الإيدز	%4
أمراض حوالي الولادة	%22
أسباب أخرى	%29
المجموع	%100

- يشكل سوء التغذية سبباً مباشراً للوفاة في 54% من حالات الوفيات.
- أكثر من نصف الوفيات ينتج عن خمسة أمراض مع سوء التغذية.

خطة العمل

من المطلوب مجموعة من الإجراءات التدخلية العلاجية والوقائية المتكاملة لمعالجة المحددات المباشرة والأساسية لصحة الأطفال. ومن المهم بصورة خاصة معالجة

محددات صحة الأمهات وعوامل الخطر المصاحبة للحمل والولادة. والمعروف أن نسبة وفيات الأطفال الحديثي الولادة تصل إلى حوالي ثلث كافة وفيات الأطفال دون سن الخامسة. ويمكن لإجراءات تدخلية بسيطة فعَّالة ومخفضة التكاليف تُقدَّم على مستوى المجتمعات المحلية إن تنقذ حياة معظم الأطفال الحديثي الولادة في البلدان النامية. ويجري توسيع استراتيجية المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال لجعل مكوناتها في مرافق الرعاية والمجتمعات المحلية قادرة على تغطية كل فترة الولادة الحديثة العهد في المستقبل القريب.

كما إن تعليم الأمهات أمر هام لصحة الأطفال، لأن الأمهات المتعلّمات يعتنين بأطفالهن بصورة أفضل ويدركن متى يحتاجون إلى الرعاية الصحية. ويقر نهج دورة الحياة بالعلاقة المشتركة بين مدخلات مختلف القطاعات اللازمة لتحسين صحة الأطفال. وتعتبر المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال من المكونات الرئيسية لمشروعات تنمية الطفولة المبكرة وجزءاً من إصلاح قطاع الصحة والمشروعات المعنية في المجتمعات المحلية.

التكلفة

قام البنك الدولي بتطوير أداة لتحديد تكلفة المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال، وذلك مع عدة شركاء من بينهم اليونيسيف، ومنظمة الصحة العالمية، والوكالة الأميركية للتنمية الدولية. وتتيح بيانات تجارب ميدانية تقديراً لتكلفة معالجة الطفل الواحد باستعمال جدول المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال، يتراوح بين 0.09 ـ 0.14 دولار للأدوية فقط و0.24 ـ 0.35 دولار للأدوية وتكاليف العاملين. (هذه تكاليف متكررة فقط ولا تشمل تكاليف الاستثمار في المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال بشأن التدريب وسواه).

المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال	1.6
برنامج التلقيح الموسع	0.5
رعاية قبل الولادة وخلالها	3.8
تنظيم الأسرة	0.9
مكافحة الإيدز	1.7
معالجة الأمراض المنقولة جنسياً	0.2
معالجة السل	0.6
الصحة المدرسية	0.3
مكافحة التدخين ومُعاقرة المسكرات	0.3
المجموع السنوي لكل فرد	9.9 دولار

كلفة بعض برامج الرعاية الصحية والصحة العامة

مقوِّمات المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال

- ينبغي إنشاء فريق عمل يضم ممثلين عن الحكومة ومنظمات غير حكومية معنية لوضع خطط للمكونات الثلاثة للمعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال.
- ينبغي عدم تركيز كافة الجهود على مكون واحد فقط؛ ومن الضروري توازن الأثر على العرض والطلب بالنسبة لخدمات الرعاية الصحية للأطفال.
- ينبغي تشجيع الممارسات الرئيسية لدى الأسرة فيما يتعلق بصحة وتغذية الأطفال، والبناء على البرامج القائمة والمبادرات في المجتمعات المحلية.
- ينبغي تعديل الإرشادات الوطنية ومطبوعات التدريب الخاصة بالإدارة المتكاملة لأمراض الأطفال لكي تشمل الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال.
- ينبغي تدريب ومتابعة مجموعة رئيسية من العاملين في الرعاية الصحية في مرافق المستوى الأول لتحسين جودة الرعاية التي يتم تقديمها للأطفال.
- ينبغي الإشراف المنتظم على مرافق الرعاية الصحية وضمان توافق نظام معلومات الرعاية الصحية مع تصنيفات المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال.
- الربط بين إدخال المعالجة المتكاملة لأمراض الأطفال وجهود إصلاح قطاع الصحة في البلد المعني، لأن هذا يمكن أن يتيح مجموعة فعالة التكاليف من خدمات الرعاية الصحية للأطفال.
- ينبغي توجيه الجهود نحو المجتمعات المحلية الفقيرة والأطفال المحرومين.
- الربط بين مرافق الرعاية الصحية والمجتمعات المحلية وضمان ترتيبات الإحالة الملائمة والرخيصة التكاليف.
- ينبغي عدم إغفال تقييم القطاع الخاص وإشراكه لتكميل جهود القطاع العام في أنشطة التنفيذ.

الفصل الثامن والثلاثون

التمنيع (التحصين) باللقاحات

مقدمة

يستحق التمنيع immunization باللقاحات vaccines أن يعطى أولوية عالية، لا سيما في البلدان النامية، وذلك لأسباب رئيسية ثلاثة:

1 ـ الأمراض التي يوقى منها باللقاحات تؤثر في أبناء الخُمْس الأشد فقراً من بين السكان أكثر مما تؤثر في غيرهم.

2 ـ يعتبر التحصين من بين أعلى الإجراءات التدخلية الصحية فعالية لقاء التكاليف، وله أثر كبير في تخفيض أعباء المرض، ومنافعه تعتبر نفعاً عاماً.

3 ـ للقاحات الجديدة والتي يجري تطويرها القدرة على الوقاية من الأمراض، على سبيل المثال السل (الدرن) والملاريا وفيروس مرض الإيدز، التي تسبب حالياً عبئاً هائلاً من الأمراض.

وتعتبر الأمراض السارية أو المعدية، التي يمكن الوقاية من العديد منها باللقاحات، مسؤولة عن 77 في المائة من فجوة الوفيات و79 في المائة من فجوة سنوات العمر المصحَّحة باحتساب مدد العجز DALY فيما بين سكان العالم الأشد فقراً وأشد نسبة 20 في المائة غنى.

وقد أدى برنامج التمنيع الموسَّع Expanded Immunisation Programme (EIP) الذي يستهدف ستة أمراض معدية تصيب الأطفال إلى تخفيض نسبة هذه الأمراض الستة في مجمل عبء الأمراض بين الأطفال دون سن الخامسة من حوالي 23 في المائة في منتصف سبعينيات القرن الماضي إلى أقل من 10 في المائة في عام 2000. ويكلف التمنيع التام لطفل ضد هذه الأمراض الستة 17 دولاراً أميركياً، مما يجعل التمنيع باللقاحات من بين أرخص الإجراءات التدخلية المتوفرة. فمعظم اللقاحات تصل كلفتها إلى دون 50 دولاراً أميركياً لكل سنة من سنوات العمر المصحَّحة باحتساب مدد العجز DALY التي يتم كسبها.

وتشمل المكاسب من زيادة الاستثمارات في خدمة التمنيع والبحوث وتطوير لقاحات جديد:

- تضييق فجوة عبء الأمراض بين أشد شرائح السكان غنى وأشدها فقراً.
- الإسهام في إصلاح قطاع الصحة وجهود التطوير المبذولة.
- توفير مبلغ 1.5 بليون (مليار) دولار سنوياً من خلال القضاء على شلل الأطفال.
- التخفيض الكبير في عبء المرض بتوسيع نطاق توفير اللقاحات الفعالة غير المستخدمة بالقدر اللازم مثل اللقاحات ضد التهاب الكبد B والنزلة الوافدة أو الانفلونزا من جرثومة من النمط ط للنزلية والحمى الصفراء (الكوليرا).
- تخفيض عبء المرض نتيجة أوضاع معيَّنة كنقص الفيتامين A ونقص اليود، بتوسيع نطاق تغطية هذه الإجراءات التدخلية باعتبارها مكونات في خدمات التمنيع باللقاحات في البلدان التي يسود فيها انتشار هذا النقص.

يعتبر التمنيع باللقاحات من بين أكثر الإجراءات التدخلية الصحية فعالية وأثراً، فهو يؤدي إلى منع حوالي 3 ملايين وفاة كل عام، فضلاً عن الوقاية من قدر كبير من المرض والعجز. ومن الممكن منع 3 ملايين وفاة أخرى سنوياً عن طريق استخدام لقاحات موجودة حالياً.

خطة العمل

- ينبغي الاستفادة من إمكانات التمنيع لتدعيم وإصلاح نظام الرعاية الصحية، مثلاً بتسهيل اللامركزية وتدعيم أنظمة الرقابة، مع الحرص على عدم جعله برنامجاً عمودياً vertical (مقصوراً).
- ينبغي التركيز على تدعيم التمنيع الروتيني، وعدم إغفال أن حملات التمنيع الإضافية هامة من أجل تعبئة المجتمعات المحلية وتحقيق مبادرات معجلة ذات أهمية دولية لمكافحة أمراض محددة.
- ينبغي الاستفادة من درجة التعاون الدولي العالية والالتزام بالتمنيع كنموذج جيد من أجل تنمية قطاع الصحة عموماً.
- ينبغي عدم إغفال أن المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص من المشاركين الرئيسيين في تحالفات التمنيع، من أجل التعبئة الاجتماعية، وفي الشركات بين القطاع العام والقطاع الخاص لأغراض البحوث والتطوير، ومن أجل إعطاء اللقاحات.
- ينبغي عدم افتراض أن اللقاحات ستنتج وتسوق للبلدان النامية وتستخدم فيها دون مجهود دولي كبير كالذي بادرت به منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، ويجري توسيعه على يد التحالف العالمي للقاحات والتمنيع (GAVI) Global Alliance for Vaccines and Immunisation.

- ينبغي التذكير بأهمية توفير بيانات حول نطاق تغطية التمنيع الجيدة النوعية، وهي الآن من المؤشرات الرئيسية من أجل إعداد وثائق استراتيجيات تخفيض أعداد الفقراء، وأيضاً من المكونات الهامة في جهود الإعفاء من الديون.
- ينبغي تذكر أن من الضروري الاحتفاظ بمخزن دائم من اللقاحات ذات الجودة المضمونة.
- ينبغي عدم إغفال أن المهارات الإدارية ضرورية من أجل الحفاظ على نظام النقل المبرد، والإشراف على جهاز الموظفين، والتخطيط لتعبئة الموارد إلخ..
- ينبغي البحث عن فرص مناقشة التمنيع باللقاحات في إطار الحوار بشأن سياسات الاقتصاد الكلي مع الحكومات، وفي استراتيجية المساعدة القطرية التي يضعها البنك الدولي، فهذا يساعد في توسيع نطاق المناقشات ليشمل وزارتي المالية والتخطيط اللتين تلعبان دوراً هاماً في تحقيق الاستمرارية المالية.
- ينبغي الاستفادة من حقيقة أن التمنيع من بين الإجراءات التدخلية في المجموعة المتكاملة لمعالجة أمراض الطفولة.
- ينبغي تذكُّر أهمية الرقابة التي يمكن التعويل عليها لتقييم الأثر الكلي لأنظمة التمنيع بهدف تحديد انتشار الأمراض، ومجالات المخاطر المرتفعة أو ضعف أداء النظام.

ما ينبغي فعله بشأن التمنيع باللقاحات ـ الإجراءات التدخلية التمنيعية الرئيسية، والمنتفعون المستهدفون، والمؤشرات الرئيسية لتتبع تحقيق الأهداف

الأهداف	الإجراءات التدخلية الرئيسية	المنتفعون/الفئات المستهدفة	المؤشرات
تخفيض العجز المرضي والأمراض التي يمكن توقِّيها باللقاحات			
1. الوقاية من ستة أمراض معدية تصيب الأطفال فضلاً عن الكزاز عند البالغين، بما في ذلك الكزاز عند الأمهات.	2. مجموعة لقاحات برنامج التمنيع الموسع ضد الخانوق والكزاز والشاهوق وشلل الأطفال والحصبة والسل والتهاب الكبد B **جدول لقاحات برنامج التمنيع الموسع** ● عند الولادة ـ لقاح ضد السل BCG لقاح ضد شلل الأطفال عن طريق الفم PPV-O ● الأسبوع العاشر ـ الجرعة الثانية من لقاح ضد الخانوق والكزاز والشاهوق DPT-2 وضد شلل الأطفال عن طريق الفم OPV.2 وضد التهاب الكبد من نوع B- HEP B-2. ● الاسبوع الرابع عشر ـ الجرعة الثالثة من لقاح ضد الخانوق والكزاز والشاهوق DPT-3 وضد شلل الأطفال عن طريق الفم OPV.3 وضد التهاب الكبد من نوع B- HEP-B3. ● الشهر التاسع ـ الحصبة. ● النساء في سن الإنجاب ـ جرعتان من ذوفان الكزاز. يمكن أن تتفاوت جرعة وتوقيت اللقاحات قليلاً في بعض البلدان.	الأطفال دون سن الخامسة والنساء من فئة سن الإنجاب.	● انخفاض الوفيات من أمراض يمكن توقيها باللقاحات. ● % من الأطفال دون سن 12 شهراً الملقحون تماماً ضد الخانوق والكزاز والشاهوق DTP. ● % من الأطفال دون سن 12 شهراً الملقحون ضد الحصبة. ● % من المناطق التي حققت 80% من التغطية.
3. الوقاية من أمراض مختارة أخرى عندما تسبِّب عبءاً مرضياً كبيراً.	4. إدخال أو زيادة اللقاحات المستعملة أقل مما يجب كاللقاحات ضد التهاب الكبد B والانفلونزا من نمط النزلية b والكوليرا.	تتباين الفئات المستهدفة طبقاً للوضع الوبائي والقدرة على تنفيذ البرامج: عادةً يجري تلقيح الرضع ضد التهاب الكبد من نوع B والانفلونزا من نمط النزلية b والناس من كافة فئات السن الذين يعيشون في بلدان معرضة لخطر الإصابة بالكوليرا.	● % من المجموعة المستهدفة الملقحة ضد كلٍ من الأمراض المختارة.
5. تخفيض الأمراض التي يمكن توقِّيها باللقاحات والأوضاع الرئيسية المصاحبة لها.	6. إدخال الفيتامين A مع زيارات التمنيع الروتينية حيثما انتشر نقص هذا الفيتامين: للأمهات بعد الوضع (خلال 60 يوماً من تاريخ الوضع) ومرتين سنوياً للأطفال بين سن 6-59 شهراً، يمكن إضافة الفيتامين A لحملات التحصين الجماعية (مثل حملات التمنيع الوطنية، حملات اللقاح ضد الحصبة، حملات صحة الطفولة، الخ...) تعطى معالجة بجرعات عالية عند ظهور علاماتٍ سريرية على عوز الفيتامين A والمشكلات الصحية الأخرى.	الفئات القابلة للإصابة ولاسيما الأطفال الصغار والنساء بعد الوضع.	● % من الأطفال من سن 6-59 شهراً الذين يعطى لهم فيتامين A. ● مدى انتشار العمى الليلي بين السكان (من أعراض عوز الفيتامين A)

الفصل التاسع والثلاثون

التغذية

يعتبر تخفيف وطأة سوء التغذية أحد الركائز العملية لتخفيض أعداد الفقراء، فسوء التغذية العام والنقص في مواد مغذّية زهيدة المقدار ومحدَّدة يسهمان في ظهور أمراض عند الرضع والأطفال والأمهات، وفي انخفاض القدرات على اكتساب العلم، وفي هبوط الإنتاجية وارتفاع معدلات الوفيات. وقد تبيَّن أن ما يزيد على 50% من حوالي 12 مليون وفاة من وفيات الأطفال في عام 1995 قد ترافقت مع انخفاض في وزن هؤلاء الأطفال إلى ما دون الوزن الملائم لسنهم. وفقر الدم يسبب 7% من كافة وفيات الأمهات في آسيا، و6% في إفريقيا و3% من كافة وفيات الأمهات في أميركا اللاتينية.

انتشار سوء التغذية

- يولد سنوياً حوالي 30 مليون طفل، بمعدل حوالي 82,000 طفل يومياً، مع إعاقة في النمو في أرحام أمهاتهم، وينجم ذلك بصورةٍ رئيسية عن سوء التغذية.
- من بين كل ثلاثة أطفال دون سن الخامسة في بلدان العالم النامية نجد طفلاً يعاني من تخلف في النمو (حوالي 182 مليون طفل).
- أكثر من 250 طفلاً دون سن الخامسة مصابون بنقص في الفيتامين A دون ظهور الأعراض.
- أكثر من بليون (مليار) شخص معرضون لاضطرابات نقص اليود.
- يقدر أن نحو 3.5 بليون شخص مصابون بنقص الحديد وفقر الدم.

ومع أن معظم مناطق العالم تشهد تحسناً بطيئاً في معدّلات التغذية، إلاّ أن ذلك لا ينطبق على منطقة شرق إفريقيا حيث تزداد معدلات سوء التغذية وأعدادها المطلقة، ففي العام 2000 قُدِّر عدد الأطفال دون سن الخامسة المصابين بسوء التغذية بـ 22 مليون طفل، ويقدَّر أن يصل هذا العدد إلى 24 مليون طفل في العام 2005.

إن تخفيف وطأة سوء التغذية يؤدي إلى تحقيق مكاسب كبيرة، ففي باكستان ازدادت معدلات الالتحاق بالمدارس كثيراً (2% بالنسبة للبنين و10% بالنسبة للبنات)،

مع تحسنٍ طفيف نسبياً في طول البنين والبنات بالنسبة لسنهم، يمكن لمعالجة نقص الفيتامين A أن تؤدي إلى تخفيض معدلات الوفيات بين الأطفال دون سن السادسة من العمر بحوالي 23%. ويمكن لإضافة اليود في ملح الطعام بصورةٍ شاملة أن تؤدي إلى التخلص من التخلف العقلي الشديد المترافق مع نقص اليود، كما يمكن أن يزيد معدلات الذكاء في حدود 11 نقطة وسطياً لكل شخص في البلد المعني. ومن شأن إعطاء الحديد للأطفال في سن 6 ـ 24 شهراً أن يقي من التغيرات الإدراكية التي تخفض أداء تلاميذ المدارس. وتعتبر التوعية بالتغذية وإتاحة الفيتامين A وتشجيع الإرضاع الطبيعي من بين أكثر الإجراءات التدخلية الصحية العامة فعالية لقاء التكاليف مقوَّمة بالكسب المتحقق في (تخفيض) سنوات العمر المصحَّحة باحتساب مدد العجز DALY.

مواجهة سوء التغذية

مع أن زيادة الدخل عامل رئيسي في تخفيف وطأة التغذية، فإن الدراسات الحديثة العهد تؤكّد استمرار سوء التغذية حتى في المناطق التي تحدث فيها زيادة الدخل ما لم يتم اتخاذ إجراءات إضافية مباشرة.

ونظراً لأن سوء التغذية غالباً ما يكون ناجماً عن اقتران عدم كفاية الوجبات الغذائية بالمرض مع ما يفاقم ذلك من عدم كفاية رعاية النساء والأطفال، وينبغي وجود استراتيجية شاملة مشتركة بين القطاعات:

- استنهاض فئات وزعماء المجتمعات المحلية من أجل إدراك وطلب التغذية الجيدة للنساء والأطفال الصغار بصورةٍ خاصة.
- دعم الإجراءات المباشرة في المجتمعات المحلية مع التركيز على التغيير في السلوك.
- الجمع بين التقوية والتدعيم، بحيث يشمل ملح الطعام المضاف إليه اليود وعقاقير الحديد وحامض الفوليك وفيتامين A، وتشجيع تناول الوجبات الغنية بالمغذيات الزهيدة المقدار.
- تحسين تقديم خدمات التغذية في إطار خدمات صحة الأمومة والطفولة.
- تحسين خدمات إمداد المياه والصرف الصحي.
- توعية الفتيات والأمهات.
- إتاحة استراتيجيات كسب العيش للنساء والأطفال.
- العمل على وجود بيئة تضمن توافر السياسات الغذائية والتغذية المساندة.

خطة العمل

ينبغي أن تستند الإجراءات إلى فهم أوضاع التغذية، ووضع أهداف واقعية مع التقييم المنتظم للأداء وللتقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف.

تتحسَّن مؤشرات التغذية عندما تصل الإجراءات التدخلية إلى النطاق المطلوب. وينبغي تحديد الشركاء والعمل معهم للتمكّن في النهاية من تحقيق النتائج حسب ما هو محدَّد، ويمكن تحقيق أثر هام بمجموعةٍ محدودة من الأنشطة أثناء بناء القدرات والمساندة. وينبغي الدعوة لتضمين إجراءات التغذية والمؤشرات في المجالات الأخرى ذات الصلة (الصحة، وتنمية الطفولة المبكرة، والتعليم والتنمية الريفية وتنمية المجتمعات المحلية وشؤون المرأة).

لتحقيق استمرارية الأثر، يجب على الحكومات والأعضاء الرئيسيين في المجتمع المدني القيام باختباراتٍ سياسية واجتماعية، والالتزام باستراتيجيةٍ متعددة الجوانب وتنفيذها. وتعتبر المعلومات الخاصة بالتغذية والتي تجمع لأغراض وضع الاستراتيجية مفيدة للصحة وأيضاً لفهم أوضاع البلد المعني فيما يتعلق بتخفيض أعداد الفقراء.

ينبغي اعتماد إجراءات تدخلية ذات فعالية مثبتة يتم اختيارها بعد استعراض ناقد لما يلي:

- طبيعة مشكلة سوء التغذية ونطاقها والمحددات الرئيسية لها في كل بلدٍ على حدة أو منطقةٍ محددة أو سكان مستهدفين.
- الأهداف والمرامي والنطاق والمحددات الرئيسية والمدة الزمنية المقررة لتخفيف وطأة سوء التغذية في البلد المعني.
- ما يجري فعله حالياً في البلد المعني فيما يتعلق بالتغذية والمجالات المتصلة بها.
- ينبغي أن يكون بناء قدرات البلد المعني على تصميم وتنفيذ أنشطة وإدامتها جزءاً لا يتجزأ من هذه الاستراتيجية.

كما ينبغي:

- الحصول والمحافظة على المساندة من قادة المجتمعات المحلية.
- التركيز على النساء الحوامل والأطفال الأصغر سناً بدلاً من التركيز على كافة الأطفال دون سن الخامسة من العمر، لأن تعثر النمو يحدث قبل الولادة وفي أول 24 شهراً بعد الولادة العمر.
- إدراج كافة الأطفال دون سن الثانية من العمر في رصد النمو وأنشطة التشجيع، وعدم الاقتصار على الأطفال المصابين بسوء تغذية أو الذين يحضرون للعيادات الطبية.

- التركيز على النمو، باعتباره عملية ديناميكية، وعدم التركيز على أوضاع التغذية فقط.
- التركيز على تقديم النصح والمشورة لمن يقومون بأنشطة الرعاية، وذلك باستعمال رسائل إعلامية موجهة للجمهور المستهدف.
- الاستثمار في التدريب والإشراف واستعمال النسب الملائمة بين العاملين الاجتماعيين والأسر المعيشية وبين المشرفين والعاملين.
- وضع توصيفات عمل واقعية للعاملين الاجتماعيين، علماً بأن المجموعات تنجح في العمل في مجال التغذية أكثر من النجاح الذي يحقّقه متطوع واحد يعمل في المجتمع المحلي.
- ضمان الصلات بين مرافق الرعاية الصحية وترتيبات الإحالة الملائمة.
- العمل مع الهيكليات القائمة في المجتمعات المحلية في المناطق الحضرية والمناطق الريفية، مثل مجموعات النساء والشباب والعاملين في المداواة التقليدية وسواهم.
- عدم التسرُّع في إعطاء الإضافات الغذائية، والتأكد أولاً من مدى القدرة على الحصول على الأطعمة والوجبات الجيدة النوعية قبل اتخاذ القرار بتضمين وجبات إضافية موجهة.

واقع السمنة والبدانة بين الراشدين في إقليم شرق المتوسط وشمال افريقيا

البلد	البدانة/ذكور	السمنة/ذكور	البدانة/إناث	السمنة/إناث	السنة
الأردن	32.7	-	50.8	-	1996 1994
المغرب	21.1	4.3	29.0	16.0	1999-1998
مصر	36.0	12.4	37.9	32.1	1998
إيران	23.1	5.5	26.2	14.0	1999
تونس	17.6	2.4	24.4	8.3	1990
السعودية	29.0	16.0	27.0	24.0	1996
البحرين	26.3	16.0	29.4	31.4	1992-1991
الكويت	35.2	32.3	32.3	40.8	1994-1993

الإجراءات التدخلية الرئيسية في مجال التغذية: والمنتفعون المستفيدون، ومؤشرات تتبع تحقيق أهداف التغذية الرئيسية

الأهداف	الإجراءات التدخلية الرئيسية	المنتفعون/الفئات المستهدفة	المؤشرات
الوقاية من سوء التغذية العام وتخفيضه			
تحسين تغذية الأمهات وتخفيض حالات نقص أوزان المواليد	ـ تشجيع التغذية الجيدة للأمهات ـ تقديم المشورة بشأن الأغذية التي ينبغي تناولها وتخفيض استهلاك الطاقة الجسدية قبل وأثناء وبعد الحمل ـ رصد زيادة الوزن أثناء الحمل. ـ مكافحة فقر الدم والوقاية من نقص المغذيات الدقيقة. ـ تقديم الإضافات الداعمة للأغذية الموجهة للنساء الحوامل والمرضعات والفتيات المراهقات.	ـ المراهقات وتلميذات المدارس، النساء الحوامل والمرضعات، النساء في سن الإنجاب.	ـ معدلات واتجاهات نقص وزن المواليد. ـ تطور الوزن أثناء الحمل. ـ % من النساء الواقعة تحت الخط الفاصل بالنسبة لمنسب كتلة الجسم.
الوقاية من تعثر النمو وتشجيع النمو الأمثل/ تخفيض سوء تغذية الأطفال	ـ تشجيع الإرضاع الأمثل للرضع ـ تقديم المشورة بشأن إرضاع الأطفال الرضع. ـ قصر الرضعات على الإرضاع من الأم حتى الشهر السادس ـ الإرضاع من الأم مع إطعام مكمل كاف من الوجهة الغذائية بين سن 6 أشهر و24 شهراً. ـ إطعام الأطفال المرضى والمصابين بسوء التغذية. ـ تقديم المشورة للنساء المصابات بفيروس مرض الإيدز بشأن خيارات إطعام الرضع. ـ تشجيع النمو الامثل وتخفيض سوء التغذية ـ رصد النمو وتقديم المشورة ـ مكافحة الأمراض الإنتانية والوقاية منها. ـ استراتيجيات المغذيات الدقيقة ـ أنظر أدناه.	ـ النساء الحوامل والمرضعات والأطفال دون سن 24 شهراً. ـ الأطفال دون سن 24 شهراً والعاملون في الرعاية الصحية.	ـ % للسكان من سن 6-36 شهراً دون المتوسط بالنسبة لسنهم وطولاً بالنسبة لسنهم ووزناً بالنسبة لطولهم. ـ % للرضاعة الفورية من الأم (ضمن الساعة الأولى من الوضع) ـ معدلات اقتصار الرضاعة على الرضاعة من الأم لدى الأطفال دون 6 أشهر. ـ متوسط دوام الرضاعة من الأم (بالأشهر). ـ متوسط السن بالنسبة لإدخال المواد الغذائية التكميلية. ـ نسبة كفاية الإطعام التكميلي.
الوقاية من نقص المغذيات الزهيدة المقدار ومعالجته			
كافة أوجه النقص	الإعلام عن مصادر المواد الغذائية المختلفة الغنية بالمغذيات الدقيقة. وتقديم المشورة بشأن استعمال الأطعمة المدعمة والإضافات المغذية.	ـ السكان عموماً	ـ مستويات الحديد والفيتامين A في الدم أو علامات نقصهما. ـ نسبة اليود في البول.

الوقاية من نقص الفيتامين A ومعالجته	التدعيم وإضافة الفيتامين A - تدعيم المواد الغذائية الأساسية (مثلاً السكر) بالفيتامين A. - إضافة فيتامين A بعد الولادة (نسمن 60 يوماً) وسرتين سنوياً للأطفال من سن 6 أشهر وحتى 59 شهراً، وأيضاً أثناء المعالجة من إسهال طويل المدة أو الحصبة أو أمراض جهاز التنفس أو سوء التغذية الشديد ببروتينات الطاقة والأمراض الحادة الأخرى. - المعالجة المرتفعة العيارات ضد العلامات السريرية على نقص الفيتامين A.	- السكان عموماً - الامهات عقب الولادة والأطفال الصغار.	- معدلات حوادث وفيات الأطفال دون سن الخامسة. - نسبة انتشار العمى الليلي في السكان. - % للأطفال من سن 6 59 شهراً الذين يعطون إضافات فيتامين A.
الوقاية من نقص الحديد وفقر الدم ومعالجتهما.	الدعم بالحديد وإضافاته - تدعيم المواد الغذائية الأساسية (مثلاً القمح) بالحديد. - إضافة الحديد وحامض الفوليك.	- السكان عموماً - النساء الحوامل. - الأطفال من سن 6 أشهر حتى 24 شهراً، المراهقون وتلاميذ المدارس.	- % من الأسر التي تستهلك منتجات غذائية مدعومة بالحديد. - انتشار فقر الدم عند النساء الحوامل والأطفال من سن أقل من 24 شهراً. - % من السكان الموجهة إليهم إضافات الحديد الداعمة.
معالجة الأمراض المسببة	- المعالجة الطاردة للديدان. - الملاريا: معالجة كلة (ناموسية) السرير بمبيدات الحشرات ومعالجة الملاريا حسب الحاجة وحسب إرشادات الدولة المعنية بهذا الشأن. - النساء الحوامل: معالجة افتراضية متقطعة أو وقاية كيميائية متسقة مع سياسة البلد المعني بشأن المعالجة مع معالجة كلة (ناموسية) السرير بمبيدات الحشرات (انظر الملاريا - نظرة سريعة)	- الأطفال في سن الالتحاق بالمدارس، أماكن التوطن: النساء الحوامل - بعد الأشهر الثالثة الأولى من الحمل. - الأطفال دون سن الخامسة والنساء الحوامل (وكافة الأشخاص المعرضين للمخاطر في مناطق العدوى المنخفضة/ المعتدلة). - النساء الحوامل	- % من السكان الموجهة إليهم معالجة طاردة للديدان. - % من الأطفال دون سن الخامسة والنساء الحوامل ممن ينامون تحت كلة (ناموسية) معالجة بمبيدات الحشرات. - % من النساء الحوامل اللواتي تناولن وقاية كيماوية أو معالجة متقطعة بالعقاقير وفقاً لسياسة البلد المعني.
الوقاية من اضطرابات نقص اليود ومعالجتها	إضافة اليود للملح بصفةٍ عامة. - استعمال بدائل مثل إضافات اليود والزيت أو الماء المضاف إليه اليود كإجراء قصير الأمد حين لا يكون الملح المدعم باليود متوفراً في المناطق التي ينتشر فيها نقص اليود.	- السكان عموماً - الأطفال الصغار والنساء في سن الإنجاب.	- % من الأسر التي تستهلك الملح المضاف إليه اليود. - نسبة السكان الذين يبلغ مستوى اليود في البول عندهم 100 مليغرام/لتر أو نسبة تلاميذ المدارس من سن 6-12
الوقاية من نقص الحديد وفقر الدم ومعالجتهما			
أمن الأسرة الغذائي	إصلاح سياسات المواد الغذائية: - تحقيق وضوح سياسات المواد الغذائية الاستهلاكية وسياسات الزراعة والتجارة والاقتصاد الكلي. استراتيجيات الأمن الغذائي: - اتخاذ إجراءات لتحقيق الأمن الغذائي - مثلاً تحقيق الدخل خارج المزارع ودعم المستلزمات الزراعية ووسائل اختصار عمل النساء.	السكان عموماً الخمس الأقل دخلاً بين السكان.	- متوسط توفر السعرات الحرارية اليومية على مستوى الأسرة. - % من الأسر التي تستهلك أقل من 80% من المتطلبات من السعرات الحرارية أو أقل من وجبتين في اليوم.

	- إنشاء شبكات الأمان الاجتماعي شاملة تحويلات الدخل الموجهة، مثل: دعم أسعار المواد الغذائية الموجه، وقسائم المواد الغذائية، والائتمانات البالغة الصغر، وتدابير مستلزمات المزارع، والتدريب على اكتساب المهارات. - تحقيق الدخل بالاقتران مع التوعية الغذائية.		- % من الأسر التي يزيد إنفاقها على الطعام على 50% من مجموع إنفاقها.
النظافة العامة الصرف الصحي	- تحسين القدرة على توفير ما يكفي من المياه والصرف الصحي. - التثقيف في مجال النظافة العامة.	- السكان عموماً.	- % من الأسر القادرة على الحصول على مياه الشرب. - % من الأسر التي لديها مراحيض.
المساواة بين الجنسين	- تعليم الفتيات	- الفتيات في سن الالتحاق بالمدارس.	- نسبة التحاق الفتيات بالمدارس الثانوية.

الفصل الأربعون

صحة الأطفال والمراهقين

القضايا المطروحة

1 ـ في بداية القرن الحادي والعشرين يشكل المواليد الجدد والأطفال والمراهقون ما يقرب من 40% من سكان العالم، وهم يعتبرون من أكثر المجموعات تعرضاً للخطر، وتمثل مشكلاتهم الصحية أكثر من نصف الفارق في مجال العدالة الصحية بين الأغنياء والفقراء في العالم. والواقع أن أسس صحة البالغين والمسنين ترسَّخ في مرحلتي الطفولة والمراهقة، وأن احتياجات وتحديات الصحة والنمو الرئيسية تتطور مع نمو الأطفال. وللمواليد الجدد والأطفال الصغار احتياجات أساسية تتعلق بالبقاء، وهم يتطلّبون رعاية كافية لضمان نموهم بشكلٍ أفضل. كذلك فإن المراهقين يواجهون تحديات أثناء انتقالهم إلى مرحلة الكهولة. لذلك تحتاج هذه الفئات العمرية الثلاث إلى بيئات مأمونة وداعمة تفجر فيها كل طاقاتها.

2 ـ وعملية النمو والتطوُّر عملية تراكمية ومشتركة بين الأجيال. وتؤثر المكاسب (أو الخسائر) في أي مرحلة من مراحل الحياة على الصحة في مرحلة لاحقة، أو على صحة الجيل التالي.

3 ـ والمشكلات الصحية التي تواجه الأطفال والمراهقين موثقة جيداً، ففي عام 2000 وقعت 99% من وفيات الأطفال البالغة 10.9 مليون حالة وفاة في البلدان النامية. ومثلت الأمراض السارية التي يمكن توقّيها (الأمراض التنفسية الحادة، والإسهال، والملاريا، والحصبة والعدوى بفيروس الإيدز) وسوء التغذية أكثر من 50% من هذه الوفيات. وكانت الحصبة قد فتكت لوحدها بنحو 590,000 طفل دون الخامسة في عام 2000[1]. وما زالت أعلى معدلات الأمراض الجديدة المنقولة جنسياً تحدث بين الشباب

(1) في عام 1999، بلغ مجموع عدد الوفيات الناجمة عن الحصبة 875,000 حالة منها 664,000 حالة لأطفالٍ دون سن الخامسة.

بين سن 15 إلى 24 سنة، وحدث أكثر من 40% من كل حالات العدوى الجديدة بفيروس الإيدز في عام 2000 بين هذه الفئة العمرية[2]. وتشمل التحديات الأخرى التي تواجه صحة ونمو المراهقين، الاعتياد على إدمان المواد وخاصة التبغ والكحول الذي يبدأ عادة في سن المراهقة، واتباع أنماطٍ من النظام الغذائي والنشاط البدني يمكن أن تستمر في مرحلة الكهولة، ومشكلات الصحة الإنجابية، وهي السبب الرئيسي للوفاة بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة، والإصابات العمد وغير العمد التي كلفت حياة أكثر من ربع مليون ذكر بين سن 5 و14 سنة في عام 2000. ولدينا اليوم ما يكفي من المعارف والخبرات للتصدي لهذه المشكلات، ولحماية النمو الأمثل وتعزيزه ورعاية المواليد الجدد والأطفال والمراهقين.

4 ـ يعيش الأطفال والمراهقون في عالم معقد باطراد، وتتنافس شركات التسويق مع الآباء والأتراب للتأثير على سلوكهم، بما يؤثر على صحتهم في المستقبل. وتكشف البيانات الجديدة أن مشكلات الصحة النفسية والعنف أكثر انتشاراً مما كان يعتقد من قبل. وعلى سبيل المثال، تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن ما بين 10% و20% من كل الأطفال يعانون مشكلة نفسية أو سلوكية أو أكثر. كما تتأثر صحة الأطفال بشكلٍ مباشر أو غير مباشر بالنزاعات والحروب والهجرة.

5 ـ ورغم التحسينات الكبيرة في حصائل صحة ونمو الأطفال والمراهقين منذ خمسينيات القرن الماضي فإن ما تحقق من تقدمٍ في العقد الأخير كان أقل من المتوقع. فقد تباطأت الانخفاضات في معدلات وَفيات الأطفال، وزادت المعارف المكتسبة عن التدبير العلاجي للأمراض والإصابات والوقاية منها، ومع أن مستويات التغطية الخاصة بالتدخلات الأساسية لا تزال متواضعة ومن دون زيادة، لا يزال المراهقون يفتقرون إلى بيئات تعزز نموهم وتزيد حصولهم على المعلومات والمهارات والخدمات الصحية.

6 ـ والقرارات السابقة لمنظمة الصحة العالمية شاملة في اعترافها بحق الأطفال والمراهقين في بلوغ أعلى مستوى صحي ممكن والحصول على الرعاية الصحية، وضرورة زيادة الاهتمام بالمعالجة المتكاملة للطفل المريض، وتغذية الأطفال، وصحة المواليد الجدد والشباب، ومنع العنف، والأمراض التي يمكن توقيها باللقاحات، والنضج قبل الإنجاب، ومكانة الأطفال الهامة في جهود دحر الملاريا، ودور المراهقين في تعزيز التصدي للإيدز والعدوى بفيروسه. وتشكل هذه الالتزامات أساساً لجهد عالمي متجدد ومكثف.

7 ـ وضعت الدول الأعضاء أهدافاً واضحة في القمة العالمية من أجل الطفل التي عقدت في عام 1990 وفي أهداف التنمية الدولية الأحدث وأهداف التنمية في الألفية

(2) يوم الإيدز العالمي 2000، العرض الرئيسي (موقع الإيدز www.unaids. org).

الجديدة. وقد انخفضت وفيات الأطفال من 97 وفاة لكل 1000 مولود في أوائل الثمانينيات إلى 67 وفاة في عام 1991، ويمكن زيادة هذا الخفض بتحقيق مستويات تغطية مرتفعة بالخدمات الصحية الأساسية ودعمها، بما في ذلك التدخلات الوقائية والعلاجية في الاستراتيجية المتكاملة لمعالجة أمراض الطفولة. ويجب أن يزيد ويستمر الاهتمام بالتمنيع. على سبيل المثال حتى يمكن أن تنخفض وفيات الحصبة التي تمثل ما بين 50% و60% من وفيات الأمراض، التي يمكن توقيها باللقاحات، إلى النصف وذلك بتنفيذ استراتيجية لإتاحة فرصة ثانية للتلقيح ضد الحصبة. ومن الأمثلة الأخرى التدخلات لمنع العنف والإصابات، ولتحسين واستدامة السلوك الصحي. ويتطلب تحقيق مستويات عالية من التغطية بين السكان المستهدفين والحفاظ عليها بواسطة استراتيجيات وتدخلات فعالة اتباع أسلوبٍ ذي شعبتين: إقامة آليات فعالة لدعم الأسر والمجتمعات المحلية في مجال الوقاية من الأمراض والإصابات ورعاية الأطفال، وزيادة كفاءة النظام الصحي في توفير خدماتٍ ميسورة وعالية الجودة، بما في ذلك التربية الصحية وتوفير الخدمات في المدارس.

8 - وقد تعززت في العقدين الأخيرين مجموعة محدودة من التدخلات أفادت بالدرجة الأولى الرضع الكبار والأطفال حتى سن الخامسة. ونتيجة لذلك، وبالرغم من انخفاض وفيات الأطفال، فإن وفيات المواليد الجدد لم تنخفض. وفي عام 2000، قضى الملايين من المواليد الجدد نحبهم، وهذا أمر أثار قلقاً بالغاً لأن معظم وفيات المواليد الجدد يمكن منعها عن طريق تدخلات تتصل بصحة الأمهات. وهي تدخلاتٍ ناجعة وميسورة حتى في البلدان ذات الموارد المحدودة المكرسة للرعاية الصحية. ويمكن تنفيذ تدخلاتٍ ناجعة لصحة المواليد الجدد في مراحل مختلفة من حياتهم:

- تعزيز تربية الفتيات، والقضاء على الممارسات الضارة بالصحة.
- ضمان الحصول على خدمات الصحة الإنجابية.
- ضمان الحصول على الرعاية الأساسية في مرحلة العمل، بما في ذلك تمنيع الأمهات بذوفان الكزاز، وتقديم المساعدة التقنية عند الوضع.
- تشجيع تحسين ممارسات الرعاية المنزلية للمواليد الجدد، بما في ذلك تلقين مبادىء الاقتصار على الرضاعة الطبيعية في مراحل مبكرة.
- اكتشاف العدوى في المواليد الجدد ومواجهتها.

9 - كما لم تحظ احتياجات صحة المراهقين ونموهم بالاهتمام الكافي. ورغم أن مرحلة المراهقة تعتبر عموماً فترة يتمتع فيها المراهقون بصحةٍ جيدة، فإن أنواعاً مكتسبة من السلوك أثناء هذه المرحلة والمتعلقة بالجنس والإدمان وعادات الأكل والنشاط البدني والتعامل مع النزاعات ستستمر طوال العمر. وأنواع السلوك مترابطة، ولها آثار حاسمة على قدرة الأفراد في أن يصبحوا أعضاء مسؤولين منتجين في

المجتمع. وعلى سبيل المثال، فإن الإدمان يزيد من خطر ممارسة الجنس المحفوفة بالمخاطر، وهذا بدوره يزيد من خطر العدوى بفيروس الإيدز وغيره من الأمراض المنقولة جنسياً، وحالات الحمل غير المقصود، وتعقيدات الحمل والولادة. لقد حان الوقت لتعزيز التدخلات المأمونة الناجعة والفعالة التي توفر للمراهقين وآبائهم، وبمشاركة من المراهقين، المعارف والمهارات الكافية للتعامل مع الأخطار المحتملة والحصول على الخدمات والدعم المناسب. وبالإضافة إلى ذلك، يجب تعزيز البرامج والمرافق الصحية لتلبية الاحتياجات الكثيرة الاختلاف للشباب والنساء.

10 - كذلك فإن الاعتبارات المتعلقة بالعلاقة بين الجنسين أساسية لتأمين صحة ونمو الأطفال والمراهقين. فأدوار الجنسين تنشأ وتعتمد أثناء الطفولة والمراهقة، وهي عامل حاسم في السلوك المرتبط بالصحة. كما ترتبط العلاقة بين الجنسين بمستويات الانتشار ومعدلات الوفيات المختلفة بالنسبة للمشكلات الصحية والأمراض الهامة. ولا بد للنهج البرمجية كي تكون فعالة من أن تولي الاهتمام المناسب لمسألة الفوارق بين الجنسين.

11 - ويجري إعداد استراتيجية تعنى بصحة الأطفال والمراهقين ونموهم، وستعرض هذه الاستراتيجية ما يلزم للأطفال والمراهقين لتحقيق إمكانات صحتهم وأمورهم وتطورهم على الوجه الأكمل، استناداً إلى أحدث المعارف والقرائن، وتحدد الطرق التي يمكن بها لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسيف والمنظمات الدولية الأخرى دعم الدول الأعضاء في تجديدها لجهودها من أجل تحسين صحة الأطفال والمراهقين وبلوغ الأهداف الدولية.

الفصل الحادي والأربعون

التشيُّخ والصحة

1 ـ تتزايد نسبة الأشخاص الذين بلغوا أو تجاوزوا سنّ 60 عاماً بوتيرةٍ سريعة للغاية في جميع أنحاء العالم، ومن المتوقع أن يزداد عدد من هم في هذه الفئة العمرية بين عام 1970 و2025 بمقدار 875 مليون نسمة تقريباً، أي بنسبة 281%. وسيصل العدد الإجمالي لمن يبلغون سن الستين في عام 2025 إلى نحو 1.2 مليار نسمة. ومن الأمور الهامة بوجهٍ خاص في هذا المضمار سرعة وخطورة تشيُّخ الناس في المناطق الأقل نمواً في العالم. ومن المتوقع بحلول عام 2025 أن يبلغ عدد من يبلغ سن الستين في البلدان النامية إلى نحو 840 مليون نسمة (انظر الجدول أدناه).

أعداد المسنين (ما فوق الستين عاماً) في العالم (بالملايين)

	عام 2000	عام 2025	عام 2050
الدول المتقدمة	231	344	395
الدول النامية	374	843	1569
العالم بأسره	605	1187	1964

المصدر: منظمة الصحة العالمية

2 ـ يعزى تشيُّخ السكان إلى انخفاض معدّل الوفيات في جميع الفئات العمرية (مما يزيد متوسط العمر المأمول عند الميلاد) وإلى انخفاض معدلات الخصوبة. وهناك استثناء من هذه القاعدة في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث أدّى مرض الإيدز والعدوى بفيروسه إلى انخفاض متوسط العمر المأمول عند الميلاد في السنوات الأخيرة. وعلى الرغم من ذلك زادت نسبة من هم أكبر سناً نتيجة حدوث معظم الوفيات الناجمة عن الإيدز والعدوى بفيروسه لدى الفئات العمرية الأصغر سناً. وفي هذا الصدد فإن تمتّع المسنّين في هذه المناطق بصحةٍ جيدة يكتسب أهمية حيوية لأن عليهم الاعتناء بأبنائهم البالغين الذين يعانون من مرض الإيدز بالإضافة إلى الاعتناء بأحفادهم اليتامى فيما بعد.

3 - تعتبر جودة الحياة مهمة لكل الأعمار، غير أن جودة الحياة في المراحل المتأخرة من العمر تصبح ذات أهمية كبيرة في السنوات المتبقية من آخر العمر. وفي البلدان المتقدمة والبلدان النامية على السواء، تعد الأمراض غير السارية والمزمنة من المسببات الرئيسية للوفاة والمراضة والعجز لدى المسنين. وفي جميع أنحاء العالم تصمم النظم الصحية أساساً من أجل توفير الرعاية عند الإصابة بنوباتٍ مرضية حادة. لذلك ينبغي، على وجه الخصوص، تعزيز الخدمات الصحية المعدة لكي تناسب احتياجات المسنين، ودمجها على نحوٍ أفضل مع سائر مستويات الرعاية بغية تقديم السلسلة المتصلة اللازمة من خدمات الرعاية. ويعد نظام الرعاية الصحية الأولية أيضاً أفضل وسيلةٍ لتقديم الدعم إلى مقدمي خدمات الرعاية غير الرسميين الذين يقدمون خدمات رعاية مديدة ومركزة في المنازل لمن يعتمدون عليهم من المسنين.

4 - وقد يحرم المسنون من الحياة وسط دائرةٍ اجتماعية واسعة النطاق، ومن ثم تزداد احتمالات عزلهم عن المجتمع. وقد تكون الوحدة مقدمة للإصابة بالاكتئاب الذي كثيراً ما يتعذر تشخيصه وعلاجه بالقدر الكافي. ويحط الاكتئاب، إلى حدٍ بعيد، من جودة حياة من يعانون منه، وكذلك من جودة حياة من يعتنون بهم. ومن شأن العلاج الملائم والمناسب في توقيته أن يقلل من اللجوء إلى خدمات الرعاية الطبية.

5 - إن الهدف النهائي هو تقديم رعايةٍ مستمرة تتضمن تعزيز الصحة والوقاية من المرض إلى تقديم الرعاية الصحية الأولية والرعاية في الحالات الحادة، والرعاية في الحالات المزمنة، وخدمات التأهيل، والرعاية الطويلة الأجل، والرعاية الملطفة للمسنين الذين يعانون من اعتلالات لا يُرْجَى شفاء منها. وقد تمَّ التشديد على مسؤولية الحكومات عن وضع معايير للرعاية الصحية، وتقديم الرعاية ورصد هذه المعايير. ومع أن الشراكات بين الحكومات والمجتمع المدني والقطاع الخاص لها قيمة كبيرة، فإن خطة العمل تسلم بأن الخدمات التي تقدمها الأسرة والمجتمع المحلي لا يمكن أن تكون بديلاً عن النظام الفعَّال للصحة العمومية.

6 - إن الحاجة عاجلة لتوسيع الفرص المتاحة في مجال طب الشيوخ وعلم الشيخوخة أمام جميع المهنيين الصحيين وكذلك مقدمي الرعاية غير النظاميين. كما يتوجَّب اتخاذ الإجراءات الخاصة بتطوير خدمات الرعاية الشاملة في مجال الصحة النفسية، ابتداءً من الوقاية والتشخيص المبكر والتدخل، إلى تقديم العلاج والتصدي لمشاكل الصحة النفسية بين المسنين.

7 - إن المحافظة على قدرة وظيفية قصوى طوال العمر، وتعزيز المشاركة الكاملة في المجتمع أمر مهم للمسنين المصابين بحالات إعاقة. وفيما يتعلق بحالات التعوق، تسلط الأضواء على حالة التعرض بشكلٍ خاص لدى النساء المسنات. وهناك تشديد

على أهمية وضع معايير وتهيئة بيئات مؤاتية للشيخوخة كوسيلة للحيلولة دون بدء حالات التعوُّق وتدهورها لدى المسنين، كما أن هناك اهتماماً مماثلاً بنظم إسكان ونقل ميسَّرة وخالية من الحواجز.

8 ـ ولا بد من التصدي للإهمال وسوء المعاملة والعنف ضد المسنين. واعترافاً بأن مثل هذه المعاملة السيئة تأخذ أشكالاً عديدة بدنية ونفسية وعاطفية ومالية، ويوصى باتخاذ اجراءاتٍ في مجالات التعليم وإذكاء الوعي وإنشاء خدماتٍ للدعم الصحي والاجتماعي. ويجري التأكيد بشكلٍ خاص على ضرورة التصدي لأبعاد العلاقة بين الجنسين فيما يتعلق بسوء معاملة المسنين.

9 ـ تتحمَّل الحكومات المسؤولية الأولية عن تنفيذ توصيات خطة العمل. والمطلوب استكمال وتعزيز الجهود الوطنية عن طريق إجراءات منسقة على المستوى الدولي. من المأمول من منظومة الأمم المتحدة أن تقوم، من خلال وكالتها المتخصصة، بوضع استراتيجيات في مجالات ولاياتها. وتنحصر خطة العمل في التدريب وبناء القدرات في البلدان النامية باعتبارهما من المجالات التي تحتاج إلى دعم الوكالات الإنمائية الدولية. ويتعين أن يكون تنفيذ خطة العمل في سياق أهداف إعلان الألفية ومتابعة مؤتمرات الأمم المتحدة الرئيسية.

10 ـ وكانت الجمعية العامة للأمم المتحدة قد قررت عام 2000 عقد جمعية عالمية ثانية معنية بالتشيُّخ من أجل استعراض نتائج الجمعية العالمية الأولى المعنية بالتشيُّخ (فيينا 1982)، وقد شاركت منظمة الصحة العالمية بصورةٍ إيجابية في جميع الاجتماعات التحضيرية. وقدمت بوصفها المساهم التقني الرئيسي في الجمعية العالمية الثانية المعنية بالتشيُّخ (مدريد 8 ـ 12 نيسان/ أبريل 2002) إطارها للسياسات بشأن التشيُّخ الإيجابي. واعتمدت الجمعية العالمية الثانية المعنية بالتشيُّخ وثيقتين: الإعلان السياسي، وخطة العمل الدولية بشأن التشيُّخ 2002.

11 ـ أعربت الحكومات في الإعلان السياسي عن التزامها بالعمل على المستويين الوطني والدولي في ثلاثة اتجاهات ذات أولوية، هي: المسنون والتنمية، والنهوض بالصحة والعافية في خريف العمر، وضمان تهيئة بيئاتٍ مؤاتية وداعمة. ويسلم الإعلان بأنه ينبغي للأشخاص، عندما يتقدمون في السن، أن يتمتعوا بحياة تحقق لهم الرضا والصحة والأمن والمشاركة الإيجابية في النشاط الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والسياسي لمجتمعاتهم. ويسلم الإعلان بوجود فرص جديدة تكفل للرجال والنساء بلوغ خريف العمر وهم في صحةٍ أفضل، وبأن تمكينهم من المشاركة الكاملة في المجتمع وتعزيز هذه المشاركة هما عنصران أساسيان للتشيُّخ الإيجابي. ويؤكد الإعلان من جديد أن بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة هو أهم هدف اجتماعي، وأن تحقيقه يتطلب العمل من جانب قطاعاتٍ اجتماعية واقتصادية كثيرة فضلاً عن قطاع الصحة.

وبينما يلقي الإعلان على الحكومات بالمسؤولية الأولية عن القيام بدورٍ قيادي في الأمور المتعلقة بالتشيُّخ، فإنه يبرز الدور المهم لمنظومة الأمم المتحدة في تقديم الدعم إلى الحكومات لتنفيذ ومتابعة خطة العمل الدولية بشأن التشيُّخ.

12 ـ تحدِّد خطة العمل الدولية بشأن التشيُّخ 2002، باختصار، المجالات الثلاثة ذات الأولوية، وتحدد الأهداف والإجراءات التي تتبع. وتتناول فيما تتناوله، النهوض بالصحة والعافية في خريف العمر، وتأخذ منظور سير الحياة لتعزيز الصحة والوقاية من المرض. وتتصدى لأهداف وإجراءات محددة للآثار المتراكمة لعوامل اختطار معينة، مثل تعاطي التبغ، واستهلاك المشروبات الكحولية، وعدم كفاية الحصول على الأغذية والمياه النظيفة، والتغذية غير الصحية التي تؤدي إلى الإصابة بالمرض وإلى الاعتماد على الغير في المراحل الأخيرة من العمر.

13 ـ تعتمد سياسة التشيُّخ الصحي السليم على أركانٍ ثلاثة هي:

ـ مشاركة المسنين في الحياة والأمور اليومية والشؤون المدنية وقطاعات المجتمع.

ـ توفير الرعاية الصحية وتعزيز الصحة.

ـ تأمين الأماكن للمسنين لإيوائهم بكرامة، والاهتمام بكل ما يضمن سلامتهم ويزيل المعوِّقات أمام تحرُّكهم.

الفصل الثاني والأربعون

النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة

مقدمة

1 ـ يعتبر العبء السريع المتزايد الناجم عن الأمراض غير السارية من المحدِّدات الرئيسية للصحة العمومية في العالم. ففي عام 1999 أسهمت هذه الأمراض فيما يقرب من 60% من الوفيات في العالم و43% من عبء المرض العالمي. ويعزى نحو نصف هذه الوفيات للأمراض القلبية الوعائية. ومن المتوقع، على أساس التقديرات الجارية، أن تمثل هذه الوفيات 73% من الوفيات و60% من عبء المرض بحلول عام 2020.

2 ـ وفي البلدان النامية، تحصل حوالي 79% من الوفيات بسبب الأمراض غير السارية، حيث يتراوح سن معظم المصابين بهذه الأمراض بين 45 و65 سنة. وفي الصين والهند وحدهما يزيد عبء المرض القلبي الوعائي على مثيله في مجموع البلدان الصناعية.

3 ـ وتعترف منظمة الصحة العالمية بضخامة المعارف والخبرة المتاحة في هذا المجال، ومن الأهداف الرئيسية لها الحد من مستوى التعرض لعوامل الاختطار الرئيسية، وهي تعاطي التبغ، والنظام الغذائي غير الصحي والخمول البدني، وهي عوامل ينبغي التعرّض لها بطريقة متكاملة.

المعلومات

4 ـ أوضحت بيِّنات قرائن قوية أن النظام الغذائي غير الصحي وعدم كفاية النشاط البدني من عوامل الاختطار الرئيسية المسببة لأمراض القلب التاجي coronary heart disease، والسكتة المخية الوعائية stroke، وعديد من أشكال السرطان، والنمط الثاني من السكري غير المعتمد على الأنسولين، وفرط ضغط الدم، والسمنة وتخلخل العظام، وتسوس الأسنان، وغيرها من الاعتلالات. ويحد النظام الغذائي الصحي والنشاط البدني من خطر الأمراض القاتلة عن طريق تأثيرهما على شحوم الدم وضغط الدم والخثار ووزن الجسم وتحمل الغلوكوز ومقاومة الأنسولين وغيرها من تغيرات الأيض

(الاستقلاب) الواضحة مثل التغيرات في الهرمونات الستيرويدية وعوامل النمو. كما يقلل النشاط البدني من الكرب والقلق والاكتئاب. ويعتبر استهلاك الخضروات والفواكه، وكمية ونوعية الدهون، ومدخول الملح، من أهم عناصر النظام الغذائي للوقاية من كل الأمراض القلبية الوعائية والسرطانات. كذلك فإن المحافظة على وزن عادي والقيام بنشاط بدني كافٍ طوال العمر، يعتبران من أكثر الوسائل فعالية للوقاية من السكري وكثير من الأمراض المزمنة الأخرى.

5 ـ وقد بين تقرير أصدرته منظمة الصحة العالمية في الآونة الأخير مخاطر زيادة الوزن والسمنة على صحة الأفراد والسكان. ويرتبط النظام الغذائي والنشاط البدني، إلى جانب التغيرات في وزن الجسم، بالأمراض غير السارية من خلال آلياتٍ أخرى مثل الصلة بين نوع الدهن وكولستيرول البروتين الشحمي المنخفض الكثافة، وبين مدخول الملح وضغط الدم، وفي كثيرٍ من الأحيان لدى أشخاص لا يزيد وزنهم على الوزن العادي.

6 ـ وأوضحت التجارب والدراسات السكانية إمكانية الوقاية. وتقدر بعض الدراسات أن ما يصل إلى 80% من حالات مرض القلب التاجي و90% من النمط الثاني من السكري يمكن تجنبها عن طريق تغيير أنماط الحياة. كذلك فإن نحو ثلث حالات السرطان يمكن توقيها بالغذاء الصحي والمحافظة على الوزن العادي وممارسة التمارين الرياضية طوال العمر. وتبين التجارب في الصين وفنلندا والولايات المتحدة الأميركية أن ما يقرب من 60% من حالات النمط الثاني من السكري بين الأفراد الأكثر تعرضاً للخطر، يمكن توقيها بتغييرٍ بسيط في النظام الغذائي والنشاط البدني. وفي التجربة الأخيرة، كان تأثير هذه التدابير ضعف تأثير التدخل الدوائي، ويمكن أن تشاهد تغيرات كبرى في معدلات مرض القلب التاجي السكري خلال بضع سنوات.

تغيير أنماط النظام الغذائي والنشاط البدني

7 ـ أدى التغيُّر الاجتماعي والاقتصادي الذي لم يسبق له مثيل في معظم البلدان النامية إلى إحداث تأثير سريع على أنماط النظام الغذائي والنشاط البدني في هذه البلدان، الأمر الذي ساهم في زيادة الأمراض غير السارية، إضافة إلى عوامل أخرى كالانخفاض في معدلات الأمراض غير السارية وتشيُّخ السكان.

8 ـ ويتضح هذا التطور جلياً في زيادة أوزان معظم السكان، بما لذلك من عواقب صحية ضارة. وتبلغ نسبة انتشار السمنة بين البالغين 10% إلى 25% في معظم بلدان أوروبا الغربية و20% إلى 25% في بعض بلدان الأميركيتين، ونسبة تفوق الـ 50% في بعض دول غرب المحيط الهادىء.

9 ـ وفي الوقت نفسه، لاتزال مكافحة قلة التغذية عملاً لم يكتمل في كثيرٍ من البلدان النامية، وكثيراً ما يرتبط سوء التغذية بالتغذية الزائدة في البلد نفسه.

10 ـ وإذا لم يتم ضبط أنماط النظام الغذائي والنشاط البدني، فإنه الأمر سيتفاقم نتيجة ازدياد التوسع الحضري، والتغيرات في طرائق النقل والعمل، وازدياد عولمة الغذاء.

11 ـ لذلك يجب على برامج تحسين التغذية والنشاط البدني أن تأخذ في الاعتبار العوامل الاقتصادية الديموغرافية والبيئية، والعوامل السياسية كتأثير الفقر، ونمو السكان، والتلوث، والنزاعات الأهلية، والمهجرين، إلى جانب الأمراض المُسْتَجِدَّة مثل الإيدز والعدوى بفيروسه أو الأمراض الحيوانية المنشأ.

وضع الاستراتيجية

12 ـ يؤثر النظام الغذائي والنشاط البدني على الصحة طوال العمر، حتى في الفترات المبكرة، ما يجعل الجماعات المنخفضة الدخل معرضة بوجهٍ خاص للأمراض غير السارية. لذا ينبغي على البرامج التي ترمي إلى التأثير على النظم الغذائية والنشاط البدني أن تستخدم نهجاً يشمل العمر كله، ابتداءً من الحمل والرضاعة وتغذية الطفل حتى الشيخوخة حيث تكون التغذية بالغة الأهمية للصحة. وينبغي لبرامج صحة الأطفال والمراهقين، في المدارس مثلاً، ألا تؤكد على التغذية الحالية فحسب، بل كذلك على تشكيل عاداتٍ غذائية من شأنها أن تؤدي إلى الوقاية من الأمراض غير السارية، وإلى التنعم بالصحة طوال العمر.

13 ـ ورغم حدوث تقدُّم كبير في معالجة الأمراض غير السارية، وفي السيطرة الدوائية على كثير من عوامل الاختطار، فإن أكبر الإمكانات، من زاوية الصحة العامة، تكمن في التأثير على توزيع عامل الاختطار بين السكان عن طريق إدخال تغييراتٍ عامة على نمط الحياة، وخاصة على النظام الغذائي والنشاط البدني، وهذه طريقة ذات مردودية مرتفعة لقاء التكاليف وقابلة للاستمرار في مكافحة مثل هذه الأمراض. فالوقاية الأولية الناجحة لا تقلل فحسب المعاناة البشرية، وتزيد الإنتاجية الاقتصادية، بل تحد كذلك من تكلفة العلاج المتزايدة.

14 ـ وينبغي أن تستند سياسات التأثير على النظام الغذائي والنشاط البدني على مبادىء متعدِّدة التخصصات، وأن تستند البرامج إلى البيِّنات. وينبغي إشراك الأسر والمجتمعات المحلية في استراتيجيات تعزيز الصحة كما عرَّفها ميثاق أوتاوا لتعزيز الصحة (1986). ونتيجة للخلفية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية الكامنة وراء النظام الغذائي تعد سياسات التغذية الوطنية مفتاحاً لتمكين الناس من اتباع الأنماط الغذائية المرغوبة.

15 ـ غير أن البلدان ستكون معرّضة، عند وضع السياسات، لتأثيرات عالمية مثل التجارة وآثار الاتفاقات التجارية، وشركات الأغذية والأدوية غير الوطنية ووسائل الإعلام، وأنماط الحياة الخارجية المنشأ، والمسائل الأخلاقية المترتبة على العلوم الإحيائية، وقضايا حقوق الإنسان.

16 ـ ينبغي إعطاء أولوية عالية للسياسات الوطنية من أجل التأثير على أنماط النظام الغذائي والنشاط البدني للوقاية الفعالة من الأمراض غير السارية. وينبغي تشجيع التعاون فيما بين القطاعات الذي يؤكد الصلات القائمة بين الصحة والزراعة والتعليم والنقل والرياضة والصناعة والتجارة والمجتمع المدني، على أن تشمل هذه السياسة تدابير واسعة تشرك مختلف القطاعات.

17 ـ وتستهدف منظمة الصحة العالمية ضمان استجابة القطاع الصحي للتحدي. وينبغي للمرافق الصحية والمهنيين الصحيين إعطاء أولوية عالية للتدخلات المتعلقة بالنظام الغذائي الملائم والنشاط البدني الكافي باعتبارهما أسلوباً رئيسياً وفي متناول اليد للوقاية من المرض. ويمكن لهذه التدخلات كذلك أن تقلل الحاجة إلى الأدوية وأشكال العلاج الأخرى، التي كثيراً ما تكون مرتفعة الثمن بل وفي غير المتناول، أو غير متاحة في بعض البلدان.

18 ـ وتعتبر المؤشرات والمبادىء التوجيهية لمراقبة النظام الغذائي والتغذية والنشاط البدني بين السكان من الأمور الأساسية، فتستفيد هذه المراقبة في تقييم السياسات والبرامج التي ينبغي أن تربط بالجوانب الأوسع لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض غير السارية.

19 ـ وستحدَّد القضايا الدولية ذات التأثير الرئيسي على التغذية والنشاط البدني ويتم التصدي لها، بما في ذلك الإعلان والاتصال الجماهيري واتفاقات التجارة العالمية وتوسيم الأغذية، والأغذية الجديدة وتخطيط المدن والنقل. وستسعى منظمة الصحة العالمية إلى التفاعل مع دوائر الصناعة لتأكيد مسؤوليتها في المساعدة على بلوغ الأهداف المبينة فيما سبق.

الفصل الثالث والأربعون

مكافحة التدخين

مقدمة

أصبح التبغ واحداً من أكبر المسببات المؤدية إلى الموت في مختلف مناطق العالم. فبحلول عام 2030، من المتوقع أن يقتل التدخين 10 ملايين شخص في العام، نصفهم ما بين سن 35 و69 سنة. فهذا الوباء يصيب بصورة متزايدة بلدان العالم النامية حيث يعيش معظم المدخنين في العالم (82% أو 950 مليوناً). ويدخن التبغ يومياً حوالي نصف عدد الرجال في البلدان المنخفضة الدخل. وهذه النسبة هي في ازدياد مستمر، فعلى سبيل المثال، ازداد انتشار التدخين بين الرجال في الصين من 40% في الخمسينيات من القرن الماضي إلى 63% في عام 1996 (الأكاديمية الصينية للطب الوقائي 1996). كما تتزايد سريعاً نسبة المدخنات. وبحلول عام 2030، ستشهد البلدان النامية نسبة 70% من مجمل الوفيات بسبب التدخين. ويمكن منع العديد من الوفيات والكثير من الأمراض بتخفيض انتشار التدخين.

وتعتبر نسبة انتشار التدخين بين الرجال الأقل تعليماً والأدنى دخلاً أعلى مما هو عند غيرهم، ولذلك فهم يواجهون مخاطر صحيَّة أكثر مما يواجه غيرهم. ومن الواضح أن تكلفة الفرصة البديلة المنفقة على السجائر هي أعلى بالنسبة للناس الذين يعيشون بدخل متدنٍ ـ حيث يمكن استعمال المال الذي ينفق على التبغ لإطعام الأسر ـ وغالباً ما يشكّل الإنفاق على التبغ جزءاً كبيراً من إنفاق الأسر.

وهناك ثلاثة أسباب وجيهة لتدخل الحكومة، وهي: منع الأولاد غير الراشدين من التدخين، حماية غير المدخنين من دخان الآخرين، وتوفير معلومات للراشدين كي يقدموا على خيارات مدروسة، وهذه من واجبات الدولة لحماية المجتمع.

ويبرز الضرر الذي يحدث لغير المدخنين، ولا سيما للأجنّة في أرحام أمهاتهم وصغار الأطفال نتيجة تواجدهم في المكان نفسه مع المدخنين، أهمية التدخل لتخفيض استعمال التبغ أيضاً.

يعيش 710 ملايين طفل في أسر يدخّن أحد أعضائها السجائر ولا يعرف العديد من

المدخنين مخاطر التدخين، فهم يبدأون بالتدخين في سن مبكرة جداً ومعظمهم يندم على ذلك لاحقاً ويرغب في الإقلاع عن التدخين. وفي بعض البلدان النامية، ينخفض متوسط سن بدء الناس بالتدخين من أوائل العشرينات إلى ما بين سن 13 سنة و19 سنة. والنيكوتين كما هو معروف مادة شديد الإدمان، لذا من المهم التشجيع على عدم التعوّد عليها، ولا سيما بين أوساط الشباب. وبما أن العديد من الوفيات المتوقعة نتيجة التبغ ستكون بين الأشخاص المدخنين حالياً، فإن إقناع الناس ومساعدتهم على الإقلاع عن التدخين يعتبر عاملاً رئيسياً في تخفيض الأمراض والوفيات الناجمة عن استعمال التبغ.

مكافحة التدخين

يعتبر تخفيض استعمال التبغ من بين الأولويات بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية في إطار رسالتها الرامية لتخفيض أعداد الفقراء. وتعتبر «مبادرة التحرُّر من التبغ» Tobacco Free Initiative (TFI) التي أطلقتها منظمة الصحة العالمية الهيئة الفنية الرائدة لذلك، ولها العديد من الشركاء من بين الهيئات الدولية والوطنية ومنها البنك الدولي.

يقوم العديد من البلدان بتدعيم سياساته وإجراءاته التدخلية الرامية إلى تخفيض استعمال التبغ، وذلك بالتوقيع على الاتفاقية الإطارية الدولية المعنية بمكافحة تدخين التبغ والتي تحدّد المعايير الدولية وتتيح أطراً للتعاون بين الدول في هذا الصدد.

وعادة ما تقود وزارات الصحة الجهود التي تقوم بها الدول لمكافحة تدخين التبغ وذلك جنباً إلى جنب مع نقابات الأطباء والفئات الأخرى المعنية بالصحة أو المجموعات المكرسة لمناهضة التدخين. وفي بعض البلدان تلعب المنظمات غير الحكومية، ومجموعات النساء، ومجموعات الشباب، والمحامين، وخبراء الاقتصاد والمدافعين عن البيئة دوراً رئيسياً في مكافحة التدخين، كما تتمتع وزارات المالية والتخطيط الاقتصادي وإدارات الضرائب بذات الأهمية، حيث تعتبر زيادة الضرائب على التبغ من أكثر الطرق فعالية في تخفيض استعماله. ويشمل هذا الأمر أيضاً أصحاب المصلحة الحقيقية الآخرين: وزارات الزراعة والمزارعين، ووزارات العمل والصناعة، وفئات المستخدمين، ووزارات التربية والتعليم ووسائل الإعلام، وباعة التجزئة، والمجموعات الرياضية (الرعاية الدعائية).

بيِّنات حول مكافحة التدخين

- تتحقق أفضل النتائج عند تنفيذ مجموعة تدابير شاملة تهدف إلى تخفيض استعمال التبغ. وقد نجح العديد من البلدان في تخفيض معدلات انتشار التدخين بشكل كبير، الأمر الذي أدى إلى تخفيض معدل الإصابة بالسرطان وأمراض

القلب والأمراض الأخرى في جهاز دوران الدم، وأيضاً أمراض جهاز التنفس وانخفاض أوزان المواليد.

- زيادة الأسعار هي الرادع الأكثر كفاءة وفعالية، ولا سيما بالنسبة للصغار وللأشخاص من ذوي الدخل المحدود. فزيادة الأسعار بنسبة 10% تخفض استهلاك التبغ بنسبة حوالي 8% في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. كما أن فرض ضرائب عالية على علب السجائر يدرّ المزيد من الإيرادات للحكومة.

ومن المعروف أن عائدات الضرائب على السجائر تشكل نسبة مهمة في إجمالي العائدات الضريبية، فالدراسات تشير إلى أنه في الفترة ما بين 1998 و1999 شكلت الضرائب على التدخين في منطقتنا النسب التالية:

سوريا	1%	19 دولاراً للفرد الواحد 1999
لبنان	1%	10 دولارات للفرد الواحد 1999
تونس	4%	96 دولاراً للفرد الواحد 1999
الجزائر	4%	52 دولاراً للفرد الواحد 1999
مصر	5%	24 دولاراً للفرد الواحد 1999
المغرب	5%	43 دولاراً للفرد الواحد 1999
تركيا	11%	134 دولاراً للفرد الواحد 1999

- وفي بعض الدول، أدى حظر التدخين في مواقع العمل والأماكن العامة إلى إقلاع حوالي 1 ـ 4% من الموظفين عن التدخين، كما قلل المدخنون من عدد السجائر المستهلكة يومياً.
- في كافة البلدان تقريباً، مع تحويل الناس الإنفاق من التبغ إلى السلع الأخرى، لن يكون هناك فقدان لفرص عمل. فمع هبوط الطلب على منتجات التبغ، فإن فرص العمل التي تضيع في مجالات زراعة التبغ وتصنيعه وتوزيعه يتم تعويضها من خلال فرص عمل جديدة يتم خلقها في قطاعات أخرى استجابة لتغير نمط الإنفاق.
- من المتوقع أن يكون هبوط الطلب العالمي على التبغ بطيئاً وتدريجياً، وذلك بسبب تزايد أعداد المدخنين، وازدياد الدخل، والعادات الاجتماعية، والإدمان، والدعايات وترويج استعمال التبغ.
- تعتبر معظم تدابير تخفيض المعروض غير فعالة (الحظر، القيود على قدرة الشباب على الحصول على السجائر، وزراعة محاصيل بديلة والقيود التجارية). ومكافحة التهريب هي الاستثناء وهي التدبير الرئيسي الذي ينبغي اتخاذه للحد

من المعروض.

- يود العديد من المدخنين الإقلاع عن التدخين وقد يحتاجون للمساعدة. ومعظم الذين يقلعون عن التدخين يقومون بذلك دون مساعدة، رغم أن ذلك يمكن أن يكون صعباً جداً. ومن الممكن زيادة معدلات الإقلاع عن التدخين زيادة كبيرة من خلال النصح الذي يقدمه العاملون في مجال الرعاية الصحية، ومن خلال العلاجات التي تسهل التوقف عن التدخين والتي تشمل المواد التي تحل محل النيكوتين. ويحسِّن بيع هذه المواد من دون وصفة طبية القدرة على الحصول عليها.
- أكثر الأدوات فعالية في تخفيض استعمال منتجات التبغ لدى الشباب هي زيادة الأسعار. ومن المعروف أنه من الصعب تعديل السياسات بما يضمن التأثير على المصادر المعتادة التي يحصل منها الشباب في السجائر أو منتجات التبغ الأخرى. فعلى سبيل المثال، قامت بعض البلدان بتخفيض قدرة الشباب على الحصول على منتجات التبغ (ولا سيما السجائر) بحظر بيعها بماكينات البيع.
- التحذيرات الصحية على علب السجائر ينبغي أن تكون كبيرة (على الأقل 30% من مساحة سطحها) وواضحة (بخط أسود واضح على خلفية بيضاء) وباللغات المحلية، وأن تدرج مجموعة من رسائل مطلوبة محددة تتغير دورياً. كما ينبغي توزيع المعلومات عن الأثر الضار للتبغ على الصحة ومنافع الإقلاع عنه.
- تقول شركات صنع السجائر إن الدعاية والترويج يؤثران في الحصة من السوق وليس على مستويات انتشار التدخين، غير أن البلدان التي نفذت الحظر الشامل على الدعاية والترويج استطاعت تخفيض استعمال التبغ بسرعة أكبر وإلى مستويات أدنى مما في بلدان أخرى. والحظر الجزئي ليس فعالاً، وإذا لم يكن بالإمكان من الوجهة السياسية سوى اللجوء إلى ذلك، فإن المبرر يكون قوياً لفرض الدعاية المضادة (مثلاً، مبدأ الإنصاف في الولايات المتحدة وفي جنوب أفريقيا حيث أتاحت هيئة الإذاعة التي تملكها الدولة حيزاً إعلامياً مجانياً يومياً لبث رسائل مضادة للتدخين، مع الاستمرار في جني منافع مالية كبيرة من إيرادات الدعاية التي تدفعها شركات صنع السجائر).
- تواجه الجهود المبذولة لتخفيف وطأة التدخين عقبات ضخمة: الإدمان على النيكوتين، والضغوط الاجتماعية، والتسويق النشط والترويج المستمر، والمبالغة في تقدير قيمة التبغ الاقتصادية، والمصالح المكتسبة للذين يعيشون ويحققون الربح من بيع السجائر. ومع ذلك فهناك العديد من النجاحات التي يمكن محاكاتها في إطار الإرادة السياسية والمساندة الواسعة النطاق. فالقليل من الإجراءات يمكن أن ينقذ حياة الملايين من البشر ويساعد في تفادي الأمراض، وخصوصاً بين

الفقراء، دون إحداث ضرر طويل الأمد بالبنية الاقتصادية.

الوضع في إقليم شرق المتوسط

تصل نسبة انتشار التدخين عند الرجال في هذا الإقليم إلى حوالي 70%، وإلى 10% عند الشباب و30% عند السيدات. وتختلف هذه النسب بين الدول كما يلي:

البلد	نسبة التدخين عند الرجال	نسبة التدخين عند النساء
عمان	16	1.5
البحرين	23	5.7
السودان	23	1.5
العراق	27	3.4
الإمارات	18	1
المغرب	34	1.6
الكويت	29	1.5
باكستان	36	9
قبرص	38	7.5
السعودية	22	1.0
مصر	35	1.6
الأردن	47	10
لبنان	45	28
سوريا	51	9.9
تونس	62	7.7
جيبوتي	58	4.7
فلسطين	41	3.6
قطر	38	--

تبين الدراسات بأن خطط مكافحة التدخين في المنطقة تشمل الإجراءات التالية:

- منع التدخين في المنشآت التربوية 86%
- منع التدخين في المنشآت الصحية 93%
- منع التدخين في وسائل النقل العام 86%
- مواصفات محددة للسجائر 72%

- تحذيرات صحية على علب السجائر 100%
- منع الإعلانات المروجة للتدخين 79%
- منع شركات التدخين من رعاية الأحداث الرياضية 72%
- منع شركات التدخين من رعاية الأحداث الفنية 64%
- إجراءات اقتصادية لمكافحة التدخين 43%

الفصل الرابع والأربعون

وباء الإيدز
(متلازمة العوز المناعي المكتسب)[1]

مقدمة

انتشر وباء الإيدز AIDS (Aquired Immunode ficiencyy Syndrome) بسرعةٍ كبيرة، فالفيروس الذي لم يكن معروفاً في أوائل الثمانينيات، أصاب حالياً وبعد أكثر من خمسة وعشرين عاماً أكثر من 60 مليون نسمة في جميع أنحاء العالم. وتحدث 14,000 إصابة جديدة كل يوم، أكثر من نصفها لدى الشباب دون سن الخامسة والعشرين. وفي نهاية عام 2001، بلغ عدد المصابين الأحياء بمرض الإيدز حوالي 40 مليون شخص، منهم 30 مليون يعانون من مرض السل في الوقت نفسه. ويعيش أكثر من 95% من هؤلاء المصابين في بلدانٍ منخفضة ومتوسطة الدخل. وقد تسبّب هذا المرض بوفاة أكثر من 20 مليون إنسان، منهم 3 ملايين وفاة حصلت خلال عام 2001. ويعتبر الإيدز الآن السبب الرئيسي للوفاة في منطقة جنوب الصحراء الأفريقية ورابع أكبر أسباب الوفاة عالمياً.

إن فيروس ومرض الإيدز ليس مجرد مشكلة صحية عامة، وهو متى عم أصبحت له عواقب وخيمة جداً على كافة القطاعات الاجتماعية وعلى التنمية نفسها. فهو يمكن أن يقضي على القوى العاملة، ويخلّف أعداداً كبيرة من الأيتام، ويفاقم الفقر وانعدام المساواة، ويسلّط ضغوطاً هائلة على خدمات الرعاية الأساسية لشخصٍ مريض بالإيدز، وحتى بدون عقاقير مضادة للفيروسات القهقرية antriretrovirus therapy، يمكن أن تكلف ما بين مثلي وثلاثة أمثال نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي في أشد البلدان فقراً.

يسبب فيروس ومرض الإيدز هبوطاً ملموساً في معدل النمو السنوي لكل فرد في

---

(1) مقتبس من منشورات لمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي

البلدان التي فيها أسوأ الإصابات بهذا المرض، مما ينذر بتقويض إنجازاتها الإنمائية في السنوات الخمسين الماضية.

وليس هناك حتى الآن علاج شافٍ أو لقاح واقٍ، لكن أدوات الوقاية من الإصابة بهذا الفيروس موجودة، وقد ثبت نجاح مجموعةٍ رئيسية من الإجراءات التدخلية لتخفيض انتشار فيروس ومرض الإيدز، وهذه الإجراءات تشمل:

- تشجيع تغيير السلوك من خلال برامج التواصل والتوعية من الأقران والنصح والاختبار الطوعي.
- تشجيع استعمال العوازل الواقية الذكرية condoms.
- تشخيص ومعالجة الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي.
- ضمان سلامة كميات الدم المعدَّة للنقل.
- الحيلولة دون نقل الأمهات للفيروس لأطفالهن من خلال دوراتٍ قصيرة من المعالجة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية المسببة للأيدز وإتاحة خيارات إرضاع بديلة للأطفال.
- تقليل الضرر بين مستخدمي حقن المخدرات، بتوفير تجهيزات الحقن النظيفة والنصح والمعالجة من الإدمان على المخدرات.

وتساعد الوقاية على تفادي المعاناة والوفاة، وهي تؤدي إلى ربحٍ وفير في المستقبل على شكل وفوراتٍ يحققها نظام الرعاية الصحية والقطاع العام بكامله. كما إن تكلفة تفادي الإصابة بفيروس مرض الإيدز من خلال إجراءاتٍ تدخلية فعالة لقاء التكاليف يمكن أن تكون جزءا صغيراً جداً من تكلفة المعالجة والرعاية لشخصٍ مريض بالإيدز.

الوقاية الموجَّهة

توحي البيِّنات بقوة أنه وبغض النظر عن مرحلة الوباء، فإن أكثر الطرق فعالية في تخفيض انتشار فيروس مرض الإيدز (أو أي مرض ينتقل بالاتصال الجنسي) بين السكان يكون بتخفيض العدوى بين الفئات الشديدة التعرُّض لمخاطر الإصابة. وقد ثبتت نجاعة نهج الوقاية الموجَّهة التي تستخدم أقراناً مدربين جيداً (كَمْن سبق له أن اقترف البغاء أو حقن المخدرات سابقاً) في تعميم معلوماتٍ وتوزيع واقيات تضمن سلامة الاتصال الجنسي، وفي تنظيم جلسات بناء مهارات وإجراء إحالات إلى عيادات معالجة الإصابة بفيروس ومرض الإيدز. لهذا السبب، ينبغي توجيه الإجراءات التدخلية والموارد بقوة أكبر إلى الفئات شديدة التعرض للمخاطر، فالوقاية الموجَّهة أكثر فعالية حين ترفق ببرامج لتغيير العادات الاجتماعية وتخفيض الشعور بالوصمة.

طرق مكافحة مرض الإيدز

- ضرورة التصرف في وقت مبكر.
- قيام الدولة بزيادة التزامها واهتمامها وتمويلها.
- تهيئة بنية ملائمة لسياسات مكافحة المرض.
- الوقاية من الإصابة بين الفئات الأكثر تعرضاً للخطر.
- تحديد أولويات الإجراءات التدخلية حسب فعاليتها.
- الاستفادة من مشاركة كافة القطاعات.
- إنشاء نظام رصد وتعقيم ومتابعة.

أنشطة الوقاية

1ـ تشجيع تغيير السلوك

- تشجيع تغيير السلوك على مستوى الأفراد (مثلاً من خلال التوعية من الأقران للمعرَّضين لمخاطر الإصابة، والمجتمع المحلي، والمجتمع العام معاً) (أو من خلال حملات التواصل لتغيير العادات والمواقف الإجتماعية مما يساعد بدوره في تعزيز السلوك المأمون على مستوى الأفراد).
- توجيه رسائل تغيير السلوك بما يلائم فئاتٍ محدَّدة كالفئات شديدة التعرُّض لمخاطر الإصابة من بين الرجال والنساء والشباب.
- معالجة الشعور الوصمة.
- إشراك المتحمسين من بين المصابين بفيروس ومرض الإيدز وأعضاء الفئات المعرَّضة لمخاطر الإصابة في مجهود الإعلام العام.
- تشجيع البرامج والخدمات والمنتجات المتصلة بفيروس ومرض الإيدز والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي.

2ـ توفير العوازل الواقية الذكرية وقبولها وتحسين جودتها

- ضمان كمياتٍ كافية من العوازل الذكرية والأنثوية مع نظام لتوزيع هذه الأغطية.
- توزيع العوازل الواقية من خلال مناهج مختلفة (موجهة، وفي المجتمعات المحلية، ومن خلال منافذ).
- تعميم وزيادة قبول العوازل الواقية الذكرية والأنثوية من خلال ترويجها وحملات التسويق الاجتماعية.
- ضبط جودة العوازل الواقية من خلال المعاينة والاختبار.

3 ـ إنشاء برنامج شامل لمكافحة الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي

- وضع بروتوكول قومي أو وطني يهتم بحالات الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي.
- تضمين عقاقير معالجة الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي في قائمة العقاقير الأساسية essential list.
- توفير الاهتمام بمتلازمات الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي في أول موقع معالجة في نظام الرعاية الصحية.
- الربط بين خدمات مكافحة الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي وخدمات مكافحة فيروس ومرض الإيدز.
- توعية الناس بكيفية تفادي الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي وإدراك أعراضها والسعي للحصول على المعالجة.

4 ـ توفير خدمات النصح والاختبارات الطوعية

- إنشاء وتدعيم نظام نصح واختبارات طوعي يتيح خدمات دون ذكر أسماء المستهدفين بالخدمات (مع نصح قبل الاختبارات ثم الاختبارات والنصح بعد الاختبارات) لكل من يحتاج ذلك.
- الإعلان عن وجود خدمات نصح واختبارات طوعية، قليلة الكلفة ولا سيما بالنسبة للفئات شديدة التعرُّض للمخاطر والضعيفة.
- الربط بين خدمات النصح والاختبارات الطوعية وخدمات مكافحة فيروس ومرض الإيدز والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي.

5 ـ ضمان سلامة كميات الدم المعدَّة للنقل للغير

- استبعاد المتبرعين بالدم من المعرَّضين لمخاطر الإصابة، والاعتماد بدلاً من ذلك على المتبرعين غير المعرَّضين لمخاطر الإصابة.
- تفادي عمليات نقل الدم غير الضرورية.
- فحص كميات الدم المتبرَّع بها للتحري عن الأجسام المضادة لفيروس مرض الإيدز والعوامل المعدية الأخرى المحمولة في الدم.

6 ـ الحيلولة دون نقل الأمهات الفيروس لأطفالهن

- إتاحة خدمات النصح والاختبار الطوعي للنساء اللاتي يراجعن العيادات قبل الولادة.
- تقديم دورات علاجية قصيرة بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية المسببة للإيدز للحوامل المصابات بفيروس مرض الإيدز، وإعطاء دواء Zidovudine أو

Nevirapine حيثما أمكن ذلك، وتقديم النصح لهن بشأن خيارات إرضاع مواليدهن.

- تحسين خدمات تنظيم الأسرة وتضمينها أنشطة الوقاية من فيروس مرض الإيدز.

7- تخفيض الضرر بين مستعملي حقن المخدرات

- تحسين القدرة على الحصول على تجهيزات الحقن النظيفة والأغطية الواقية.
- تشجيع ممارسات الحقن السليمة والسلوك الجنسي المأمون.
- تقديم النصح والمعالجة من الإدمان على المخدرات.

أنشطة المعالجة والرعاية وتخفيف الألم

1- إتاحة معالجة الأمراض التي تصيب الجسم الضعيف والرعاية التسكينية

- وضع استراتيجية معالجة ورعاية المصابين بفيروس ومرض الإيدز (بما في ذلك العلاج الشديد الفعَّالية المضاد للفيروسات التقهقرية).
- وضع وتنفيذ إرشادات عيادات رعاية الأمراض التي تصيب الجسم الضعيف بما في ذلك السل.
- ضمان توفير قدرٍ كافٍ من الأدوية وعلاجات الأمراض التي تصيب الجسم الضعيف والرعاية التسكينية.
- تدعيم قدرات نظام الرعاية الصحية لتقديم المعالجة والرعاية للمصابين بفيروس ومرض الإيدز (ضمان كفاية مرافق التشخيص والمعالجة من الأمراض التي تصيب الجسم الضعيف، وتدريب العناصر الطبية على معالجة ورعاية الحالات المتصلة بفيروس ومرض الأيدز).
- تطوير الروابط بين برامج مكافحة كل من فيروس ومرض الإيدز والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي والسل.

2- إتاحة الرعاية المنزلية وفي المجتمعات المحلية لتكميل الرعاية التقليدية في المستشفيات

- تقديم التمويل والتدريب للمجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية لإتاحة الرعاية والمساندة للمصابين بفيروس ومرض الإيدز.

3- تدعيم شبكة الأمان الاجتماعي للأسر المتأثرة بمرض الإيدز، بما في ذلك أيتام مرضى الإيدز

4- تقديم خدمات النصح والوقاية للمصابين بفيروس ومرض الإيدز وأسرهم

الفصل الخامس والأربعون

حوادث الطرق

مقدمة

في عام 1999 قتل ما بين 750,000 و880,000 شخص في حوادث على الطرق في مختلف بلدان العالم، وأصيب بأضرارٍ جسدية ما بين 23 و34 مليون شخص آخر.

ويزداد هذا الوضع خطورة بشكل خاص في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، حيث تحدث نسبة 86 في المائة من الوفيات من الإصابات في حوادث السير على الرغم من أن هذه البلدان لا تملك سوى نسبة 40 في المائة من مجموع السيارات في العالم، ويبدو أن الوضع يزداد سوءاً في هذه البلدان منذ عام 1987.

ويترتّب على إصابات المرور على الطرق مضاعفات اجتماعية وصحية واقتصادية قوية تزيد من عبء إصابات المرور على الطرق:

1 ـ تصيب الخسائر في معظم الأحيان الأشخاص الناشطين اقتصادياً ولها عواقب مضاعفة على من يعيلونهم، ما يسبب المعاناة والفقر.

2 ـ تبلغ نسبة ضحايا حوادث السير ما بين 30% و86% من الذين يدخلون المستشفيات نتيجة الإصابة بجروح، ويميلون إلى البقاء في المستشفيات فترة أطول من المرضى العاديين.

3 ـ تمتص حوادث الطرق موارد مالية كبيرة، حوالي 1% من إجمالي الناتج القومي في البلدان النامية، و1,5% في البلدان المتوسطة النمو و2% في البلدان المتقدمة، وهي تصل إلى 65 بليون دولار أميركي في البلدان المتوسطة النمو.

4 ـ سيزداد الوضع سوءاً بحلول عام 2020، حيث يتوقع أن تزداد إصابات المرور على الطرق من المرتبة التاسعة إلى المرتبة الثانية من بين الأسباب الرئيسية للخسارة في سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة في البلدان النامية والمرتبة الثالثة في بلدان

العالم الصناعية. وتشكل إصابات المرور على الطرق خطراً صحياً واجتماعياً واقتصادياً متفاقماً في أقل البلدان موارداً.

5 ـ حققت البلدان المتقدمة نجاحاً نسبياً في تخفيض عبء إصابات المرور على الطرق، وهذا يبين أن زيادة وتحسين الاستثمار الموجه على أساسٍ مستمر يمكن أن يحقق الوقاية من إصابات المرور على الطرق ويخفض الضرر الذي ينجم عن حوادث السيارات. ومن الواضح أن البلدان الفقيرة تحتاج إلى نهجٍ جديد أوسع نطاقاً بشأن السلامة على الطرق.

عبء الأمراض (سنوات العمر الضائعة المصحَّحة باحتساب مدد العجز DALY) بالنسبة للأسباب الرئيسية العشرة في مختلف مناطق العالم

1998 المرض أو الإصابة	2020 المرض أو الإصابة
التهاب الجهاز التنفسي	مرض قلب نتيجة انسداد الشرايين
فيروس ومرض الإيدز	اكتئاب كبير وحيد القطب
أمراض قرب الولادة	إصابات حوادث المرور على الطرق
أمراض إسهالية	مرض مخي وعائي
اكتئاب كبير وحيد القطب	أمراض انسداد رئوي مزمنة
مرض مخي وعائي	التهاب الجهاز التنفسي الأدنى
الملاريا	السل
إصابات حوادث المرور على الطرق	الحروب
أمراض انسداد رئوي مزمنة	الأمراض الإسهالية

المصدر: WHO 2001

كيفية تحسين السلامة على الطرق

1 ـ تحسين فهم الموضوع: يعتبر الافتقار إلى بياناتٍ يمكن التعويل عليها عن حجم وطبيعة المشكلة عقبة كأداء ينبغي التغلب عليها كأولوية، ومن المعتقد أن قلة الإبلاغ عن الحوادث منتشرة جداً، ومن المعروف أن إحصاءات الشرطة الرسمية، وهي أكثر مصادر البيانات استعمالاً، تقلل تقدير وفيات حوادث المرور بنسبة 50% أو أكثر، كما أن الوضع أسوأ من هذا بالنسبة للإصابات، فأنظمة البيانات الجيدة تعتبر بالغة الأهمية في المساعدة في تحديد من هم معرضون لخطر إصابات المرور على الطرق وفي تحديد الإجراءات التدخلية الناجعة والفعالة التكاليف.

حوادث السير في العالم:

750 ألف إلى 880 ألف وفاة عام 1999.

100 وفاة في الساعة.

85% من الوفيات تحصل في البلدان النامية، نصفها في منطقة آسيا والمحيط الهادىء و6% في إقليم شرق المتوسط وشمال إفريقيا.

23 إلى 34 مليون إصابة بجروح عام 1999.

الكلفة في الدول النامية والناشئة حوالي 70 مليار دولار منها 7.4 مليار في إقليمنا.

حوالي 70 مليون يوم استشفاء لضحايا حوادث السير عالمياً.

المصدر: جاكوبز 2000

2ـ المعرضون للمخاطر: توجد شواهد على أن المشاة هم أكثر المتأثرين بإصابات المرور على الطرق من بين مستعملي الطرق، حيث تصل وفيات المشاة نتيجة حوادث السير إلى ما بين 41% و75% من كافة الوفيات على الطرق، معظمها في مناطق حضرية. ويتضح من البيانات أن المخاطر تكون أعلى بين الذكور ولا سيما الناشطين اقتصادياً، وقد تبيَّن أن 56% من وفيات الذكور على الطرق في عام 1998 في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل كانت في الفئة العمرية 15 ـ 44 سنة من العمر (Kumg 1999).

- 30% إلى 50% من الضحايا في منطقتنا هم من المشاة).
- 20 ـ 40% من الحوادث لها علاقة بالحافلات، وأكثر من 50% من الضحايا هم من سائقي الدراجات النارية في البلدان النامية، و20% من الضحايا هم من شريحة الشباب.

3ـ الافتقار إلى الاستثمار في عوامل السلامة على الطرق: كتدريب واختبار السائقين، وشكل الطريق وتصميمه، وأوضاع المركبات، وتنفيذ الشرطة والقضاء لقوانين المرور، والسلوك البشري السليم. وعندما تقع الحوادث فإن الافتقار إلى المرافق الطبية الكافية، ومحدودية خدمات الإسعاف في حالات الطوارىء والافتقار العام إلى العناصر الطبية، يعيق تقديم الرعاية الطبية السريعة. وعادةً ما تعكس حوادث السيارات مجموعة من الأسباب تتضمَّن بنية الطرق الأساسية والسيارات نفسها والأشخاص المعنيين، وينبغي إجراء تحليلاتٍ لتحسين تحديد وترتيب العوامل التي تزيد احتمالات الإصابة أو العجز.

4 ـ إعداد خطة متكاملة: يعتبر فهم القضية شرطاً مسبقاً لتنفيذ استراتيجية طرق قومية، وتتيح مصفوفة هادون Hadon's Matrix إطاراً من أجل التحليل الذي يدمج البعد الزمني ويتراوح ما بين الوقاية من إصابات المرور على الطرق وعلاجها، وهي تساعد أيضاً في إيضاح الدور الصحيح لمختلف الشركاء:

		الأشخاص	المركبة	البيئة
قبل الحادث	الوقاية من الحوادث	التوعية/التدريب الأذى، المواقف/ السلوك	نظام الأهلية للسير على الطرق (الأضواء والمكابح الخ...)	تصميم الطريق، الإشارات والعلامات
أثناء الحادث	الوقاية من الإصابة	استعمال الأحزمة/ الأذى	الأحزمة ـ الصيانة الواقية من الحوادث	الواقي (حاجز) ممرات المشاة
بعد الحادث	الحفاظ على الحياة	مهارات الإسعافات الأولية/ القدرة على الوصول إلى المساعدين الطبيين	سهولة الوصول/ خطر الحريق	مرافق الإنقاذ الازدحام

5ـ الوقاية: تتوقف الوقاية على عدة عناصر فاعلة، الحكومة (المؤسسة القانونية) والمنظمات غير الحكومية، والمجتمعات المحلية، والمدارس (توعية الأطفال بالقضية)، ووسائل الإعلام، ومؤسسات الأعمال الخاصة، وقطاعي النقل والصحة. وتعتبر زيادة وعي كافة العناصر الفاعلة شرطاً مسبقاً للوقاية من الحوادث والإصابات. وينبغي أن تركز الإجراءات أولاً على سلوك مستعملي الطرقات (تخفيض السرعة، حملات مناهضة لشرب الكحول، إلزامية استعمال الأحزمة وخوذات الرأس، والسلوك المأمون للمشاة)، لأن نسبة 64% إلى 65% من الإصابات في البلدان النامية تنتج عن سلوكٍ بشري غير سليم، كما ينبغي تحسين البنية الأساسية المعنية (تحسين التصميم الهندسي، التحكم بتقاطعات الطرق، وتحسين خصائص السيارات والمركبات وأحزمة المقاعد، المكابح، إلخ...). أما الشرطة فلها دور هام في السهر على ضمان ممارسات القيادة المأمونة للسيارات والمركبات.

6ـ العلاج: إن معالجة الإصابات معالجة ملائمة ومحكمة التوقيت تمنع من حدوث الوفيات والعجز الدائم (قاعدة الساعة الذهبية). وينبغي النظر في قيام المنظمات غير الحكومية أو المدارس بتوفير أنشطة للتدريب على الإسعافات الأولية لكافة مستعملي الطرق وعناصر الشرطة والإطفاء، وتشمل الإجراءات التدخلية الفعَّالة على المستوى القومي والمحلي تسهيل وتمويل المعالجة، ومساندة أنظمة الطوارىء، وتطوير إرشادات ملائمة محلياً لأغراض التدريب والتجهيزات والإجراءات المعنية.

7ـ تمويل الخطة: إن خطط العمل حتى وإن كانت من أفضل الخطط تفشل من دون وجود التمويل المستمر، ونتيجة لمحدودية الموارد والاحتياجات المتزاحمة التي تواجهها

الحكومة، يتوجَّب توفير موارد تمويلية إضافية. ومن بين الإجراءات الشائعة لتأمين مثل هذه الموارد الرسوم التي يدفعها مستعملو الطرق، ورسوم البنزين وتراخيص المركبات، وأقساط التأمين، والتمويل من مؤسسات الأعمال الخاصة والمساهمات العينية من المجتمعات المحلية (العمل التطوعي).

8ـ **مشاركة القطاعات**: غالباً ما يعتبر القطاع العام مسؤولاً عن السلامة على الطرق، ولا سيما وزارة النقل ودائرة الشرطة، رغم أن هيئات الصحة والتعليم والقضاء لها دور كبير ينبغي أن تؤديه أيضاً. ويجري حث المجتمع المدني والهيئات الأكاديمية وغير الحكومية والقطاع الخاص على المساعدة في تشكيل شراكةٍ واسعة النطاق للبدء في الاستجابة الملائمة والممكنة والفعالة التكاليف لهذه المشكلة.

		المسؤولون	المركبة	البيئة
قبل الحادث	الوقاية من الحوادث	وزارة التعليم وزارة الصحة الشرطة أرباب العمل المجتمع المدني	وزارة النقل الشركة الصانعة شركة الإعلان أصحاب الأسطول	وزارة الأشغال الإدارة المحلية المقاولون الشرطة
أثناء الحادث	الوقاية من الإصابة	وزارة النقل الشرطة أرباب العمل المجتمع المدني	وزارة النقل الشركة الصانعة المالكون	وزارة الأشغال الإدارة المحلية
بعد الحادث	الحفاظ على الحياة	وزارة التعليم وزارة الصحة المجتمع المدني شركات التأمين	وزارة النقل الشركة الصانعة خدمات الطوارىء	الشرطة هيئة الطرق خدمات الطوارىء

خطة العمل

يجب أن تبتدىء استراتيجية السلامة على الطرق بزيادة وعي المسؤولين الحكوميين المعنيين وأصحاب المصلحة الحقيقية الآخرين لكسب تأييدهم ومساندتهم. ولقطاع الصحة دور هام ينبغي أن يؤديه في تشجيع السلامة على الطرق والوقاية من الإصابات، لا سيما ما يتعلق بالسلوك المأمون، كما أن جمع وتحليل البيانات وتعميم النتائج والتوصيات أمر بالغ الأهمية.

ويتوجَّب على خطة العمل ملاحظة التالي:

1 ـ ضرورة تحسين جودة بيانات إصابات المرور على الطرق، والاستفادة من المعلومات المأخوذة من المستشفيات عن الإصابات بغية تكميل سجلات الشرطة.

2 ـ ضرورة القيام بالمزيد من البحوث الفعالة حول مخاطر الحوادث، وحساب

تكاليفها والإجراءات الفعالة التكاليف، مع تحسين تعميم النتائج، وتنفيذ حملات إعلامية عامة فعالة.

3 ـ ضرورة الحساسية تجاه الأوضاع المحلية.

4 ـ ضرورة عدم نسيان أن السلامة على الطرق قضية مشتركة بين عدة قطاعات، تشمل أنشطة النقل والصحة والتعليم.

5 ـ ضرورة تذكّر أن السلامة على الطرق ليست قضية من قضايا القطاع العام فقط، وضرورة إشراك عدد محدّد من العاملين في ميدان الطب والمجتمع المدني ومؤسسات الأعمال التجارية، مع التركيز على الذين يمكن أن يحدثوا فرقاً (الأبطال) وتوضيح الأدوار ومصادر التمويل.

6 ـ ضرورة التأكيد على الحاجة إلى القيادة والإدارة.

7 ـ ضرورة النظر في أن المشاركة المحلية هي عنصر من عناصر النجاح.

8 ـ ضرورة التركيز على بضعة أهداف وتدابير في وقتٍ واحد، وتقييم فعاليتها دورياً.

أهمية حوادث السير في المنطقة وبعض دول العالم

البلد	خطر الوفاة من حوادث السير لكل 100 الف سيارة	نسبة الوفيات من حوادث السير لكل 10 آلاف سيارة
عمان	24	18
ليبيا	21	.
السعودية	17	11
قبرص	17	.
الجزائر	13	24
الكويت	15	5
تونس	15	19
الأردن	13	16
سوريا	11	36
المغرب	10	31
البحرين	9	3
لبنان	2	8
اليمن	8	24
بريطانيا	6	1,5
باكستان	3	17
إيران	.	29

المصدر: جاكوبز 2000

الفصل السادس والأربعون

مكافحة مرض السل (الدرن)

مقدمة

لا يزال مرض السل tuberculosis (TB)، الذي يشكل تهديداً للصحة العامة منذ آلاف السنين، في طليعة الأمراض القاتلة في مختلف مناطق العالم، وذلك على الرغم من اكتشاف العقاقير الدوائية التي يمكن أن تشفي المرضى به منذ أكثر من خمسين عاماً. وفي عام 2000، وقعت حوالي 8 ملايين إصابة جديدة بمرض السل ومات بسببه ما يقدر بمليوني شخص من النساء والرجال، معظمهم ما بين سن 15 سنة و45 سنة. وكانت 95% من هذه الإصابات في البلدان النامية و98% من الوفيات بسببه فيها، فمن المعروف أن الأزمات الاقتصادية والاجتماعية تزيد من سرعة تفاقم وباء السل.

ويعتبر حوالي ثلث سكان العالم مصاباً بعصيات السل (المتفطِّرات السلية Mycobacterium tuberculosis). وعن طريق السعال والعطس ينشر المصابون هذا المرض المعدي في الهواء حيث يصيب الأشخاص القريبين منهم، ولا سيما في الأماكن المزدحمة أو سيئة التهوية. وبصفة عامة، يحمل 90% من المصابين هذه العصيات دون أن تظهر عليهم الأعراض. ويقع فريسة هذا المرض ما نسبته 10% من الأشخاص إما بشكل مباشر أو بعد الإصابة بمرض إنتاني أو في فترة قريبة أو لاحقة من حياتهم نتيجة ضعف المناعة أو بسبب الإجهاد الجسدي أو العاطفي. وإذا لم يعالَج الذين يصابون بهذا المرض يموت نصفهم. ويمكن أن تظهر على الأشخاص المصابين بالسل الرئوي[1] مجموعة من الأعراض، مثل السعال المترافق ببلغم (قشع)، والحمى والتعرق الليلي. ونتيجة للقيود الحضارية الثقافية وتلك المتعلقة بنقص المعرفة والقدرة في الحصول على المعلومات، يمكن أن يتأخر المرضى في السعي للحصول على الرعاية الصحية اللازمة،

---

(1) تعتبر نصف حالات الإصابة بالسل الرئوي معدية، ويمكن التعرف إليها بفحص البلغم أو القشع أو البصاق تحت المجهر. ومن المعروف أن نسبة 10 ـ 12% من كافة حالات السل تصيب أعضاء أخرى في الجسم (السل خارج الرئوي).

كما يمكن أن يخفق المعالجون في اكتشاف أو معالجة هذا المرض بالسرعة اللازمة، ما يزيد احتمال انتقال العدوى بهذا المرض وظهور الاختلاطات وبالتالي حدوث الوفاة.

إن العبء الاجتماعي والاقتصادي الذي يمثله مرض السل على المرضى وأسرهم ومجتمعاتهم هو عبء ضخم. والفقراء هم المعرضون بصفة خاصة لمرض السل نتيجة أوضاعهم الصحية السيِّئة وأحوالهم المعيشية ومحدودية قدرتهم على الحصول على المعالجة. فالمصابون بسوء التغذية أو الأمراض كفيروس ومرض الإيدز أو السكري أكثر عرضة للإصابة بالسل نتيجة ضعف قدرتهم على مقاومة العدوى والمرض. ويوجد في العالم اليوم ما يزيد على 12 مليون شخص مصاب إصابة مزدوجة بالسل وفيروس ومرض الإيدز، وعدد الذين يموتون بفيروس ومرض الإيدز نتيجة السل يزيد على عدد الذين يموتون نتيجة الإصابة بأمراض أخرى.

ومما عزّز ظهور مرض السل المقاوِم للعقاقير الدوائية drug- resistant TB سوء الوصفات الطبية وعدم كفاية عدد الجرعات منها وعدم انتظام تناول الدواء ومداواة الذات. وقد وقامت مسوحات قومية موحدة بتوثيق ظهور أنواع من جراثيم السل مقاومة للعديد من الأدوية في مختلف مناطق العالم. ويواجه المرضى المصابون بهذا النوع من الجراثيم معالجة أكثر تعقيداً وأعلى تكلفة وأكثر عرضة لاحتمالات الوفاة.

وبما أن مرض السل يعبر الحدود وإخفاقات السوق تخفض فعالية المعالجة، يجب اعتبار مكافحة مرض السل نفعاً عاماً عالمياً. وتقضي الحاجة إلى زيادة التعاون الدولي من أجل وقف هذا الوباء وعكس مساره، ومن ثم التحرك باتجاه القضاء على هذا المرض القاتل المنتشر منذ قديم الزمان.

المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر DOTS

توصي منظمة الصحة العالمية باتباع استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر المشاهدة Direct Observation Therapy, Short course (DOTS) كأساس لأنشطة مكافحة السل في كافة مناطق العالم. وهي تستهدف تخفيض معدلات الإصابة بهذا المرض والوفيات والعدوى. وتشمل هذه الاستراتيجية خمسة إجراءات تدخلية رئيسية. وقد اتضح أن تنفيذها على نطاق واسع في بلدان منخفضة الدخل شديد فعالية لقاء التكلفة (الوفر يبلغ 3 ـ 7 دولارات/ سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة)، وقابل للتعديل في إطار أنظمة الرعاية الصحية الأولية. وتحتاج بعض البلدان التي تواجه مشكلة ارتفاع مستويات الأمراض التي تقاوم الأدوية إلى إضافة أمور أخرى على هذه الاستراتيجية، مثلما ينبغي على البلدان التي تعاني من عبء منخفض والتي تستهدف القضاء على هذا المرض والتخلص منه كخطر يتهدد الصحة العامة. ويدرج الجدول استراتيجيات محددة في كل وضع من الأوضاع. ومن المفترض أن

تعمل البلدان التي تعاني من عبء مرتفع مع شركاء لزيادة الموارد التمويلية بهدف تسهيل زيادة هذه الإجراءات التدخلية وتبادل أفضل أساليب العمل.

تعتبر استراتيجية دورة العلاج القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر (DOTS) نموذجاً جاهزاً يمكن تعديله تبعاً لمجموعة من المتغيرات، تشمل:

- مستوى وتوزع مرض السل وفيروس ومرض الأيدز، وجرثومة المرض التي تقاوم العديد من العقاقير الطبيَّة، إلخ..
- تنظيم شبكة الرعاية الصحية (بما في ذلك درجة اللامركزية، وطبيعة التمويل، والقدرات الإدارية على كل مستوى، والأنظمة اللوجستية، إلخ..).
- توزع البنية الأساسية للرعاية الصحية، والقدرات غير المستعملة، على سبيل المثال المخابر، ومراكز الرعاية الصحيّة، والعاملون في الرعاية الصحية في المجتمعات المحلية، ومراكز الرعاية المتخصصة والإحالة، والمنظمات غير الحكومية، وجهات القطاع الخاص التي تقدم خدمات الرعاية الصحية أو الأطراف المعنية.

خطة العمل المقترحة

- ضرورة إنشاء شبكات تقديم خدمات رعاية صحية تضع المرضى واحتياجاتهم في المقام الأول.
- ضرورة اتباع مبادىء استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر، في الإطار العام لبرامج قطاع الرعاية الصحية الأولية واستراتيجيات تخفيض أعداد الفقراء.
- ضرورة استنهاض كافة أصحاب المصلحة الحقيقية: الجهات الحكومية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية، والمنظمات غير الحكومية، وأرباب العمل، وفئات المجتمعات المحلية، والقادة المدنيون، والمرضى وأسرهم.
- ضرورة تقديم التدريب أثناء الخدمة والإشراف المنتظم بهدف تشجيع الموظفين والتحقق من النتائج وضبط الجودة.
- ضرورة توقع ازدياد الحالات المبلغ عنها مع تحسن اكتشاف الحالات قبل أن تبدأ في الهبوط تدريجياً.
- عدم استخدام التكنولوجيا على الوجه غير الصحيح أو بشكل غير كفوء (ولا سيما المداواة بالأشعة، والاختبارات المختبرية المتخصصة، والعقاقير الاحتياطية «الخط الثاني» لمداواة مرض السل أو الإدخال إلى المستشفيات).
- عدم توسيع نطاق اكتشاف الحالات إذا ظلت معدلات الشفاء منخفضة، فالأولوية في جودة برامج السلامة العامة هي ضمان فعالية المعالجة قبل ظهور المزيد من الطلب على الخدمات.

- ضرورة تشجيع التغطية بلقاح السل عصيات كالمت وغيران أو لقاح البي سي جي Bacille Calmette - Guérin (BCG) ضمن برامج التمنيع باللقاحات في البلدان التي يكون انتشار مرض السل فيها معتدلاً إلى مرتفع، ولكن ليس كأداة لمكافحة مرض السل. ومع أنّه فعال في الوقاية من الأشكال الخطيرة من مرض السل عند الأطفال ولا سيما السحايا السلي، إلاّ أن هؤلاء نادراً ما يصابون بأمراض معدية.
- عدم توقع توقف وانحسار الوباء فجأة ـ فالسيطرة على وباء السل تتطلب الالتزام ببرنامج عمل طويل الأمد.

الوضع في إقليم شرق المتوسط

1 ـ تشير الإحصائيات إلى انتشار عدوى السل في حوالي 146 مليون نسمة في دول الإقليم، كما أن المرض يصيب حوالي 136 ألف نسمة سنوياً وينتشر في حوالي 650 ألف نسمة إضافية. وتحصل 3% من الإصابات بين أوساط الشريحة العاملة، أي ما بين سن الـ 15 ـ 54 سنة. كما تزداد النسبة عند غير المنتسبين إلى الضمان.

2 ـ يتوزع عبء مرض السل في أقطار دول الإقليم على الشكل التالي:

باكستان	%43
افغانستان	%12
السودان	%8
العراق	%7
إيران	%6
الصومال	%6
المغرب	%5
مصر	%4
اليمن	%3
الدول الـ 14 الأخرى	%6
المجموع	%100

3 ـ استطاعت 18 دولة من دول الإقليم اعتماد استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر لمكافحة السل.

4 ـ تسعى خطة منظمة الصحة العالمية في إقليم شرق المتوسط، بالتعاون مع وزارات الصحة وكافة الشركاء إلى اكتشاف نسبة 70% من الحالات ومعالجة 85%

منهم بشكلٍ يبعث على الرضى بحلول عام 2005 ـ واعتماد استراتيجية المعالجة القصيرة الأمد تحت الإشراف المباشر في الإقليم بغية تخفيض نسب الانتشار والوفاة إلى النصف بحلول عام 2010 ـ كما تأمل المنظمة في القضاء على مرض السل بحلول عام 2050.

الفصل السابع والأربعون

العنف والصحة

1 ـ أفضت حوادث العنف في عام 2000 إلى التسبّب بوفاة 1.7 مليون شخص في العالم. وبسبب نقص الإبلاغ عن جميع حالات الوفاة وعدم كفاية الترصُّد في مناطق كثيرة من العالم، قد يكون الرقم المذكور آنفاً أدنى من النسبة الحقيقة للوفيات التي تحدث من جرَّاء العنف. ومن مجموع تقديرات هذه الوفيات، كان قرابة النصف يعود إلى الانتحار، ونحو الثلث إلى حوادث القتل العمد، والخمس إلى المنازعات المسلحة. وأشارت التقديرات إلى أنه فيما يتعلق بالأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و44 عاماً، كان الانتحار هو السبب الخامس المفضي إلى الوفاة، والقتل العمد هو السادس، والنزاعات المسلحة هي السبب الحادي عشر. وتشير التقديرات إلى أن معدلات القتل العمد أعلى في المجتمعات المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، في حين أن معدلات الانتحار أعلى في المجتمعات المرتفعة الدخل.

2 ـ من المعروف أن أعداد الناس الذين يتعرضون للعنف دون أن يفقدوا حياتهم تفوق أعداد من يتوفون من جرائه. ومن المعروف أن زهاء 40 مليون طفل يتعرَّضون للإيذاء والإهمال كل عام، ويكون المراهقون والشبان البالغون هم الضحايا وهم أيضاً المرتكبون الرئيسيون للعنف الممارس بين الأشخاص في كل مناطق العالم. ويتسبب الاغتصاب والعنف المنزلي في فقد النساء في سن الإنجاب ما يتراوح بين 5% و16% من سنوات عمرهن مع التمتّع بالصحة. واستناداً إلى ما تبينه الدراسات، يعاني ما بين 10% و50% من النساء من ممارسة العنف البدني ضدهن على أيدي رجال يعاشرونهن خلال فترة ما من حياتهن.

3 ـ وبالإضافة إلى ملايين الوفيات والإصابات البدنية التي يسببها العنف كل عام، تترتب آثار صحية ونفسية عميقة بالنسبة للضحايا ومرتكبي العنف وشهوده، من بينها الإصابة بأمراض نفسية، واضطرابات في السلوك، فضلاً عن المشاكل الإنجابية والجنسية. ويمثل بعض هذه المشاكل سبباً لارتكاب

المزيد من أعمال العنف. ويترتَّب على العنف تكاليف ضخمة. فإلى جانب التكاليف المالية السنوية لنظم الرعاية الصحية التي تقدَّر بمليارات الدولارات الأميركية، يتسبَّب العنف في تكاليف غيرِ مباشرة وبشرية تؤدي إلى إصابة النسيج الاقتصادي والاجتماعي للمجتمعات المحلية في كافة أنحاء العالم بأضرارٍ لا حد لها.

4 ـ وقد أشار إعلان الأمم المتحدة الخاص بالألفة الذي اعتمدته الجمعية العام للأمم المتحدة في أيلول/ سبتمبر 2000، إلى أن للرجال والنساء والأطفال الحق في أن يعيشوا حياتهم في حريةٍ ودون خوفٍ من العنف أو القمع أو الظلم. وأعلنت جمعية الصحة العالمية أن العنف يمثل إحدى مشكلات الصحة العمومية الرئيسية في جميع أنحاء العالم، وقد حثت الجمعية الدول الأعضاء على تقييم مشكلة العنف في أقاليم كلٍ منها، وطلبت إلى منظمة الصحة العالمية أن تضع خطة عمل من أجل منع العنف، وأقرت جمعية الصحة العالمية خطة العمل.

5 ـ وشملت استجابات منظمة الصحة العالمية لهذه القرارات إعداد أول تقريرٍ عالمي عن العنف والصحة. ويرمي هذا التقرير إلى إذكاء الوعي بجوانب الصحة العمومية المتصلة بالعنف. وهو يسلط الأضواء على المساهمات التي يمكن أن تسهم بها الصحة العمومية في فهم مشكلة العنف والوقاية منها. وقد أسهم في إعداد التقرير زهاء 100 خبير من جميع أنحاء العالم وراجعه 60 خبيراً آخر من جميع الأقاليم التابعة لمنظمة الصحة العالمية.

6 ـ ويصف التقرير كيف تسهم شبكة معقدة من العوامل على المستويات الفردية والأسرية والمجتمعية والاجتماعية في إحداث العنف. ومن هذه العوامل العقاب القاسي، وعدم مراقبة الأطفال والإشراف عليهم، ومشاهدة حوادث العنف، والاتجار بالمخدرات، والحصول على الأسلحة النارية، وإدمان المشروبات الكحولية والمخدرات، وانعدام المساواة بين الجنسين، وفي الدخول، والمعايير التي تشجع على العنف كسبيلٍ لحل المنازعات.

7 ـ والعنف أمر يمكن توقّيه، ويؤكد التفاوت الكبير في معدلات العنف بين الأمم، وداخل كلٍ منها، أن العنف ينجم عن عوامل اجتماعية وبيئية يمكن تغييرها (على سبيل المثال، تقبُّل ظاهرة العنف اجتماعياً). وبالإضافة إلى ذلك، هناك أدلة متزايدة على أن التدخلات المعدة إعداداً جيداً والمنفذة بعناية (على سبيل المثال، الزيارات المنزلية وتدريب الوالدين) يمكن أن تحول دون حدوث العنف كما أنها تتسم بالمردودية.

8 ـ وتتزايد المعارف عن حجم العنف وأسبابه زيادة مطَّردة، ومع ذلك لا يزال يتعيَّن بذل الكثير من الجهود في هذا المجال في البلدان المتقدمة والبلدان النامية. على حدٍ سواء. وبمساعدة مختلف البلدان على تنفيذ برامج وبحوث الترصُّد الوبائي يمكن للصحة العمومية أن توفر القاعدة العلمية اللازمة التي يمكنها من خلال البحوث الرامية إلى فهم الأسباب الجذرية للعنف وتقييم التدابير الوقائية أن تحفز عملية استحداث تدخلات فعالية في هذا المجال.

9 ـ وستقوم منظمة الصحة العالمية بتوجيه الجهود العالمية المبذولة في مجال الصحة العمومية من أجل توقي العنف. وعلى أساس البيِّنات المقدمة في التقرير العالمي عن العنف والصحة ستضع إطاراً من أجل تيسير تنفيذ وتنسيق أنشطة متعددة التخصصات من أجل توقي العنف ومعالجة ورعاية ضحاياه. وتتمثل مهمة منظمة الصحة العالمية بالأمور التالية:

ـ في مجال الترصد، وضع معايير لجمع البيانات عن جميع أنواع العنف وعواقبها البدنية والنفسية والاجتماعية وتيسير جمع هذه البيانات.

ـ في مجال البحوث، التكليف بإعداد البحوث، وإجراء البحوث التي تتسم بالأهمية بالنسبة لواضعي السياسات العامة، مثل تحليل الأبعاد الاقتصادية للعنف وتوقيه، وإجراء بحوثٍ تقوم على السكان عن خطر العنف المحتمل وعوامل الحماية منه على الصعيدين الاجتماعي والمجتمعي، وفعالية الجهود المبذولة لتوقي العنف، وتوثيق الممارسات الجيدة.

ـ فيما يتعلق بتوقي العنف، تعيين الوسائل الناجعة لتوقي العنف تعييناً واضحاً، وتعميم هذه المعارف على أوسع نطاقٍ ممكن، وحفز مشاركة قطاعاتٍ متعددة في الأنشطة الرامية إلى توقي العنف.

ـ فيما يتعلق بالمعالجة ورعاية ضحايا العنف، تعزيز الخدمات والدعم المقدمين إليهم، والنهوض بعملية إصلاح مرافق الخدمات الصحية التي تم تدميرها نتيجة للنزاعات المسلحة أو نتيجة للإخفاق الإقتصادي.

ـ في مجال الدعوة إلى توقي العنف، إذكاء الوعي بشأن تأثير العنف على الصحة العمومية، وإمكانية الحيلولة دون ارتكابه، وضرورة زيادة الدعم السياسي والمالي المقدم لتوقي العنف بدرجاته الأولى والثانية والثالثة.

10 ـ ومن شأن تنسيق الأنشطة بين الدول والأقاليم أن يعجل تعجيلاً كبيراً الجهود الرامية إلى تحديد وتنفيذ استراتيجيات فعَّالة لتوقي العنف، ويتطلب إيجاد مجتمعاتٍ

محلية مأمونة في كافة أنحاء العالم التزاماً من قبل قطاعاتٍ مختلفة كثيرة على المستويات الدولية والوطنية والمجتمعية من أجل توثيق المشكلة، وبناء قاعدة البيِّنات الخاصة بها، والتشجيع على تصميم واختبار برامج الوقاية، وتعميم الدروس المستمدة من الخبرات المكتسبة.

الفصل الثامن والأربعون

صحة الفم

المقدمة

ازداد الاهتمام بصحة الفم منذ خمسينيات القرن الماضي عندما أدخلت منظمة الصحة العالمية برنامجها للاهتمام بصحة الفم وأعطت الأولوية فيه للوقاية وعلاج الأمراض. وبعد دراسات عديدة حددت أهداف هذا البرنامج على النحو التالي:

الأهداف

العمر	
5-6 سنوات	50% من الأطفال دون سن 12 سنة لا يعانون من تسوس في الأسنان
12 سنة	أقل من 3 أسنان منخورة أو مقتلعة
18 سنة	85% يحافظون على مجموع أسنانهم
35-44 سنة	75% من الأفراد يحافظون على 20 سن على الأقل
65 سنة وما فوق	انخفاض بنسبة 25% للأشخاص الذين فقدوا الأسنان أو 50% منهم يحافظون على 20 سن على الأقل

أهداف برنامج المنظمة في إقليم شرق المتوسط

تبنت منظمة الصحة العالمية هذا البرنامج بعد التشاور والاتفاق مع الدول الأعضاء. ويهدف البرنامج إلى:

1 ـ مساعدة الدول الأعضاء في تطوير البرامج الوطنية لصحة الفم وإدخالها ضمن الخطط الوطنية الصحية، مع تحديد الأهداف وإدخال التقويم ومراقبة تنفيذ الخطة.

2 ـ العمل مع الدول الأعضاء لتحسين صحة الفم ضمن الأهداف المشار إليها أعلاه.

هذا وقد عمدت منظمة الصحة العالمية إلى دراسة وضع صحة الفم في الدول الأعضاء، وساهمت في إعداد المخطط الوطني، مع تأكيد الجانب الوقائي، وتحسين

صحة الفم، والتثقيف الصحي لأفراد المجتمع وتدريب العناصر البشرية وتطوير إنتاجية خدمات صحة الفم.

كما قامت المنظمة بالمساعدة في مراقبة تنفيذ البرامج وتقييمها من قبل أخصائيين يتمتّعون بالمعرفة والباع في هذا المجال.

إضافة إلى ذلك قامت المنظمة بتوفير منح دراسية وورشات عمل لتدريب المهنيين في صحة الفم، وعقدت مؤتمرات بلدانية للمشاورة في أنجع السبل التي تم اعتمادها في دول الإقليم.

النتائج

تسوُّس الأسنان Dental Caries

تدُلُّ البلاغات والإحصائيات أن نسبة خسارة الأسنان بسبب التسوُّس، وعلاجها من التسوس، وترميمها هي على مستوى مقبول، علماً بأن معظم حالات التسوُّس في دول المنطقة يبقى دون علاج، كما أن التسوُّس يزداد مع التقدُّم في العمر.

ومن المقترح إدخال برامج التثقيف لتلامذة المدارس، وإضافة مادة الفلور إلى مياه الشفة بنسب مقبولة ومضبوطة.

أمراض دواعم الأسنان Periodontal Diseases

يبدو أن معظم دول الإقليم تشكو من ارتفاع في أمراض دواعم الأسنان لا سيما في الفئة العمرية للشباب في سن الخمسة عشرة سنة. ويتجلى ذلك من خلال النزف، والحصى، وكلاهما متلازمان مع صحة الفم وسبل تعزيزها.

إضافة مادة الفلور

تعتبر مادة الفلور أهم وسيلة لمكافحة التسوس إذا استعملت بنسب محددة. ومع ذلك فهناك بعض الدول التي تشكو من ارتفاع في نسب مادة الفلور في مياه الشفة، ما يؤدي إلى تشكّل بقع على الأسنان.

سرطان الفم

يتوجب الحصول على المزيد من المعلومات حول هذا النوع من الإصابات.

خدمات صحة الفم

تؤكد الدراسات أن على معظم الدول أن تطور نظم صحة الفم إذ إن أكثرها محدود النطاق وغير متكامل.

الموارد البشرية

تعاني بعض دول الإقليم من نقص في أعداد أطباء الأسنان وغيرهم من المهنيين، فيما

تشكو مجموعة أخرى من تخمة في أعداد الأطباء والمهنيين والمساعدين، كما أن هنالك تفاوت في النسب بين المناطق لا سيما الريفية منها مقارنة مع المدن.

يتوجب أيضاً إعادة النظر بمناهج التعليم والتأكيد على ملاءمتها للأمراض الشائعة في الدول الأعضاء.

التخطيط لبرامج صحة الفم

لابد من إعادة النظر مرحلياً في برامج صحة الفم تم اعتمادها في الدول الأعضاء. كما لابد من تشجيع البحوث والحصول على المعلومات.

	نسبة السكان الأصحاء دون أمراض مغارز الأسنان		نسبة تسوس الأسنان		نسبة أطباء الأسنان لكل 10,000 نسمة
	15 سنة	35-44 سنة	12 سنة	15 سنة	
أفغانستان	2	15	76	95	
البحرين	48	25	42		18400
قبرص	36	9	49	66	1260
جيبوتي	37				100,000
مصر	46	9	75	84	3400
الإمارات	28		88	92	5500
إيران			53		5300
العراق			34		
الأردن	15		89	92	1375
الكويت			80	86	
لبنان	25	6	93	97	1000
ليبيا	95				
المغرب	29	10	72	83	11800
عمان			56	85	7200
باكستان	32	10			35200
فلسطين (غزة)	85		34	42	2800
قطر					
السعودية	11		29		6450
الصومال					
السودان			41		43000
سوريا	15	60	75	83	14000
تونس	30		48	58	8000
اليمن	15		70	75	53300

الفصل التاسع والأربعون

مراجعة سياسة توفير الصحة للجميع(*)

الصحة كحق من حقوق الإنسان

في عام 1948، عرَّف دستور منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها «حالة من المعافاة الكاملة بدنياً ونفسياً واجتماعياً، لا مجرد انتفاء المرض أو العجز». وقد أقرَّت جمعية الصحة العالمية أن للبعد الروحي دوراً هاماً في حفز الناس على الإنجاز في جميع مناحي الحياة، ودعت الدول الأعضاء إلى النظر في تضمين استراتيجياتها لتوفير الصحة للجميع بعداً روحياً على النحو المحدَّد في هذا القرار، وبما يتفق مع أنماطها الاجتماعية والثقافية. ولذلك يمكن إعادة تعريف الصحة بأنها «حالة من المعافاة الكاملة بدنياً ونفسياً واجتماعياً وروحياً، لا مجرد انتفاء المرض أو العجز». إن أبعاد هذا التعريف تضرب بجذورها بعمق في ثقافة هذا الإقليم وتقاليده. فالصحة هي القاعدة التي نركز عليها والمرض هو الاستثناء. والصحة تعني اعتدال البدن أو كون البدن في حالةٍ من التوازن الديناميكي. وللحفاظ على توازن هذا الميزان الصحي، من المهم تقوية الرصيد الصحي للمرء. وبناءً على هذه المفاهيم، ينبغي إيلاء اهتمام كبير لحفظ الصحة وتعزيزها، بحيث ينعم الإنسان بخير حال من المعافاة البدنية والنفسية والاجتماعية والروحية.

ينص دستور المنظمة على أن «التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان» وأن «صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وهي تعتمد على التعاون الأكمل للأفراد والدول». وأعيد التأكيد على كون الصحة حقاً من حقوق الإنسان في «إعلان الصحة العالمية» الذي اعتمدته جمعية الصحة العالمية في أيار/ مايو 1998، والذي أعادت فيه الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية تأكيد التزامها بالمبدأ المنصوص عليه في دستور المنظمة والقائل بإن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، مؤكدة بذلك ما لكل إنسان من كرامة وقيمة، وتساوي الجميع في الحقوق والواجبات في ما يتعلق بالصحة واشتراكهم في المسؤولية عنها.

(*) مقتبسة من وثيقة لمنظمة الصحة العالمية ـ إقليم شرق المتوسط

يمثل الالتزام بهذا التعريف للصحة وبكونها حقاً من حقوق الإنسان الأساس الذي يقوم عليه تقرير مرامي السياسات الوطنية والإقليمية والعالمية، ويؤكد على التوجه الرئيسي للإستراتيجيات الصحية للقرن الحادي والعشرين. وقد أعلن العديد من البلدان أن الصحة حق دستوري. وكان إعلان الما آتا الصادر في عام 1987 الاستراتيجية الرئيسية لتوفير الصحة للجميع بحلول سنة ألفين.

الصحة للجميع والرعاية الصحية الأولية

في عام 1978 أطلق إعلان ألما آتا المسيرة العالمية صوب توفير الصحة للجميع. واعتبرت الرعاية الصحية الأولية الاستراتيجية الرئيسية لتوفير الصحة للجميع. وتعرّف وثيقة ألما آتا الرعاية الصحية الأولية بأنها «الرعاية الأساسية القائمة على مجموعةٍ من الطرائق والتقنيات العملية التي يقرها العلم ويقبلها المجتمع، والتي تتم إتاحتها لكل فرد وكل عائلة في المجتمع، بفضل مشاركتهم الكاملة، وبتكلفة يمكنهم تحملها باستمرار، وبروح من الاعتماد على النفس وتقرير المصير. وهي تشكل جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع. وهي المستوى الأول لاتصال الفرد والعائلة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني، موفرة الرعاية الصحية للناس في أقرب مكان ممكن من حيث يعيشون ويعلمون».

منذ صدور إعلان ألما آتا، تحققت مكاسب صحية كبيرة على الصعيد الوطني والإقليمي والعالمي. ففي إقليم شرق المتوسط زاد متوسط مأمول العمر للإناث من 57 سنة في عام 1985 إلى 65.6 سنة في عام 1996، ومتوسط مأمول العمر للذكور، في نفس هذه المدة، من 56 سنة إلى 62.3 سنة. وزاد معدل التعلم بين البالغين في نفس المدة المذكورة من 38% إلى 63%، وانخفض معدل وفيات الرضع من 97.5 إلى 75 في كل ألف مولود حي، وانخفض معدل وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة من 132 إلى 115 في كل ألف مولود حي.

لكن وعلى الرغم من هذه المكاسب الصحية الكبيرة، لوحظ أنه لن يمكن بلوغ مرمى توفير الصحة للجميع بحلول سنة ألفين، وذلك لأسبابٍ شتى، منها التغيرات والتحديات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية العالمية التي تؤثر في الصحة. وفي هذا الصدد، شرعت المنظمة ودولها الأعضاء، إدراكاً منها أن مرمى توفير الصحة للجميع لا يحده زمان، في تنفيذ عملية شاقة تستهدف تجديد سياسة واستراتيجية توفير الصحة للجميع في القرن الحالي.

تكمن المشكلات الرئيسية التي تواجه عملية تنفيذ السياسات والاستراتيجيات الوطنية لتوفير الصحة للجميع، في ما يلي:

- قصور التعاون بين القطاعات في مجال التنمية الصحية.

- قلة مشاركة المجتمع ـ علماً بأن الاعتقاد الراسخ بأن الدولة هي المسؤولية عن توفير كامل الخدمات الصحية، هو العقبة الرئيسية أمام مشاركة المجتمع مشاركة فعالة في هذا الصدد.
- السلوكيات والأنماط الحياتية الفردية المنافية للصحة، مثل التدخين ومعاقرة مواد الإدمان واستهلاك الأغذية على نحو غير ملائم.
- ضعف النظم الصحية الوطنية في ما يتعلق بتحليل السياسات وصياغتها، والتنسيق والتنظيم.
- القصور وافتقار العدالة في توزيع الموارد، مع تخصيص موارد محدودة للأنشطة والبرامج المعنية بتعزيز الصحة والوقاية من المرض.
- سوء استخدام التكنولوجيا الطبية، ما يؤدي إلى تصاعد تكاليف خدمات الرعاية الصحية.
- سوء تنظيم وإدارة الخدمات الصحية على كل المستويات، وقصور نظم الإحالة.
- الأخذ قبل الأوان بأسلوب اللامركزية في النظم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية، مع عدم وجود موارد كافية.
- ضعف نظم المعلومات الصحية على المستوى المركزي، والمستوى المحيطي (أي البعيد عن المركز).
- قصور السياسات والخطط المتعلقة بالموارد البشرية، ما يؤدي إلى اختلال التوازن بين مختلف أرباب المهن الصحية وتوزيعهم توزيعاً جغرافياً غير عادل.
- سوء ظروف عمل أرباب المهن الصحية، مع انخفاض رواتبهم، وسوء أحوالهم المعيشية والهياكل الوظيفية التي يعملون في إطارها.
- قصور تغطية السكان بالخدمات الأساسية لصحة البيئة، وقلة الجهود المنسقة للتخفيف من أثر تدهور البيئة على الصحة.

أهم التغيُّرات والتحديات العالمية

يتميَّز العقد الأخير من القرن العشرين بالعواقب المترتبة على التحولات السياسية والاقتصادية الهائلة التي أعقبت انتهاء الحرب الباردة. ومن المؤكد أن هذه العواقب سوف تظل تفعل فعلها لمدةٍ طويلة في القرن الحادي والعشرين. وعلى حين ينتظر أن تكون لهذه التحولات فوائد طويلة الأمد، إلا أن من الواضح أن آثارها على المدى المتوسط يصعب تحديدها في كثيرٍ من البلدان، وقد تكون عملية الانتقال من الوضع الراهن إلى الوضع الذي ينتظر حدوثه في المستقبل عملية طويلة وشاقة ومكلفة.

التحولات السياسية

تأثرت بلدان عديدة في شتى بقاع العالم بالتحولات السياسية العالمية، مما أدَّى إلى التحرُّك نحو اللامركزية، وتم منح المجتمع المدني صلاحيات أكبر وازداد إشراك المجتمعات المحلية في عمليات اتخاذ القرار. وقد أثَّرت هذه التحولات على الهيكل التنظيمي للنظم الصحية وعلى إدارة هذه النظم، بالإضافة إلى تحوّل الدولة في توفير الرعاية الصحية إلى شعبها باتجاه المزيد من الخصخصة، الأمر الذي يرتّب آثاراً ضارة على تعزيز الصحة والوقاية من المرض ومكافحته.

البيئة الاقتصادية الشاملة

كان للأزمة الاقتصادية في ثمانينات القرن الماضي أثر سلبي على القطاع الصحي والقطاعات ذات العلاقة بالصحة، ولا سيما في البلدان النامية، حيث جرى تخفيض الميزانيات نتيجة لبرامج التوافق الاجتماعي. وقد أدَّت السياسات الاقتصادية والمالية الأخرى إلى الفساد وسوء استخدام الموارد المحدودة للرعاية الصحية وغيرها من الخدمات الاجتماعية.

وتتميَّز العولمة الجارية بدمج الشركات الكبرى لتكوين مؤسسات صناعية عملاقة، ومن المتوقع أن تؤثر العولمة في تطور القطاعات الاجتماعية والصحية في بلدان الإقليم.

عبء الفقر على الصحة

اتسعت في السنوات الأخيرة الفجوة بين البلدان الغنية والفقيرة. وقد أثَّرت أزمة الديون على قدرة العديد من البلدان النامية في الحفاظ على مستوى معقول من الإنفاق على الصحة. وقد أدَّت القلاقل الأهلية إلى تحويل جزء كبير من الموارد المتاحة إلى أغراض حفظ الأمن والقانون والنظام. وقد زاد عدد الناس الذين يعيشون تحت مستوى الفقر في البلدان النامية، ما أدَّى إلى سوء التغذية، واعتلال الصحة، وانتشار المرض، وارتفاع معدل الوفيات. وأصبحت بلدان عديدة غير قادرة على الإسهام إسهاماً كافياً في خدماتها الصحية الوطنية، ما زاد من العبء على الأفراد والعائلات الذين أصبحوا، بدورهم، عاجزين في الغالب عن تأمين الطعام الكافي وعن طلب الرعاية الصحية حين يحتاجون إليها.

العولمة

يشهد العالم حركة لم تعهد من قبل نحو العولمة يدعمها تحرر متسارع الخطا، مع حرية التجارة وتدفق رأس المال على الصعيد العالمي. وتترافق العولمة مع تطورات هائلة في ميادين الاتصالات والتكنولوجيا والنقل. ومن المعالم البارزة على هذا

الطريق، إنشاء منظمة التجارة العالمية. والحق أن تأثير العولمة على النظم الصحية لا يعرف جيداً، وإن كانت الدراسات الأولية تتنبأ بأن يكون لها أثر سلبي من حيث المساواة والعدالة الاجتماعية، وآثار هامة على الممارسة في ميدان الأخلاقيات البيولوجية.

حرية التجارة العالمية

أنشئت منظمة التجارة العالمية في 1995/1/1، بعد الانتهاء من جولة أوروغواي من المفاوضات التجارية المتعددة الأطراف في نيسان (أبريل) 1994. وتحل هذه المنظمة الجديدة محل الهيكلية الإدارية القديمة للاتفاق العام بشأن التعريفات الجمركية والتجارة (الغات)، تلك الهيكلية التي كانت تنظم التجارة الدولية بموجب مجموعةٍ من المبادىء التي تضمنها اتفاق (الغات)، الذي تم اعتماده أصلاً في عام 1947.

من المؤكد أن تطبيق مختلف اتفاقات منظمة التجارة العالمية سوف يؤثر على القطاع الصحي. فهذه الاتفاقات تعزز بقوة حماية حقوق الملكية الفكرية، وحرية التجارة العالمية، وتنسيق المعايير الدولية. وعلى الرغم من أن هذه الاتفاقات تشير إلى تشجيع التنمية والإصلاح الاقتصادي، وتأخذ في الاعتبار حماية الصحة والبيئة، ومصالح البلدان النامية، ولا سيما القطاعات الاجتماعية، بما فيها القطاع الصحي، إلا أنه يبدو أن هذه الأمور لم تؤخذ في الاعتبار أثناء مرحلة التفاوض. وهنالك مخاوف في البلدان النامية من أن يؤدي تطبيق حقوق الملكية الفكرية إلى الإضرار بصناعة المستحضرات الصيدلانية وزيادة تكاليف الأدوية. لذلك لا بد من إجراء دراسات أشمل من أجل استقصاء ما لمختلف الجوانب المتصلة باتفاقات منظمة التجارة العالمية من أثر على القطاع الصحي والقطاعات ذات العلاقة بالصحة. ويتوقع أن تكون لخصخصة الرعاية الصحية الاتِّجار بها آثار سلبية على الطلب على الرعاية الصحية من قبل القطاعات الفقيرة والمحرومة بالبلدان النامية وأقل البلدان نمواً. كما أن الخدمات الصحية المجتمعية، ولا سيما ما يتعلَّق منها بتعزيز الصحة وحفظها، والوقاية من المرض ومكافحته، وخدمات صحة البيئة، قد تتأثر سلبياً إذا لم توفر لها الدول الموارد اللازمة.

ينبغي إيلاء اهتمام خاص لتطبيق الأحكام الخاصة والتفاضلية في مختلف اتفاقات منظمة التجارة العالمية لصالح البلدان النامية، فضلاً عن تنفيذ القرار المتعلق بالتدابير المتخذة لصالح أقل البلدان نمواً، والقرار المتعلق بالتدابير الخاصة بما يمكن أن يترتَّب على برنامج الإصلاح من آثارٍ سلبية على أقل البلدان نمواً وعلى البلدان النامية التي هي مستوردة بحتة للأغذية. وينبغي للبلدان النامية أن تراجع باستمرار تنفيذ البلدان المتقدمة لالتزاماتها المقرَّرة في اتفاقات جولة أوروغواي، ولا سيما في المجالات ذات الأهمية التصديرية للبلدان النامية، والتصدي لأي نقائص تواجهها.

ينبغي لجميع الدول الأعضاء إيلاء أولوية قصوى لعمل منظمة التجارة العالمية في المستقبل. ومن الأهمية بمكان ضمان أن تكون مصالح البلدان النامية مأخوذة في كامل الحسبان في جدول الأعمال الذي يشكل جزءاً لا يتجزأ من اتفاقات جولة أوروغواي وفي أي مفاوضات تجريها منظمة التجارة العالمية في المستقبل. ولا بدَّ للبلدان النامية من أن تضطلع بدورٍ فعال في تشكيل مستقبل العلاقات الاقتصادية الدولية. والحق أن المشاركة الفعالة في منظمة التجارة العالمية أمر ضروري لصون وتعزيز مصالح البلدان النامية. ومن الأهمية بمكان للبلدان النامية في هذا الصدد تحديد مصالحها ووضع «جدول أعمال إيجابي» فاعل لتعزيز هذه المصالح.

الاتصالات العالمية

لا يخفى أن الثورة الحاصلة في مجال الاتصالات العالمية، وسهولة التوصُّل إلى قاعدات المعطيات الضخمة سوف يؤثران تأثيراً هائلاً على عملية التحوُّل الاجتماعي والاقتصادي. وما تحقق مؤخراً من ضروب التقدُّم في ميدان المعلومات الطبية، ولا سيما في مجال التطبيب عن بعد، قد يدفع بتطلعات الناس الصحية عالياً، ويلقي في نفس الوقت المزيد من الضغوط على النظم الصحية. ومن شأن الانتشار السريع للمعلومات أن تكون له آثار إيجابية تؤدي إلى التبكير باكتشاف الفاشيات والأوبئة، وإلى بذل جهودٍ مشتركة لمكافحة أمثال هذه الفاشيات والأوبئة والإنذار المبكر بوقوعها. ومن شأن الثورة في مجال الاتصالات العالمية أن تؤثر على السلوك الاجتماعي، ما يؤدي، مثلاً إلى تغيير العادات الفردية، والنظرة إلى الصحة الجنسية.

التقدُّم السريع في مجال التكنولوجيا الحيوية

لا مراء في أن ما يتحقق من تقدم في مجال التكنولوجيا الطبية يؤثر تأثيراً هاماً في أداء النظم الصحية، مع تحقق تحسن هائل في ميدان الرعاية الوقائية والعلاجية. غير أن استعمال التكنولوجيا الطبية وإساءة استعمالها يسهمان بنصيبٍ كبيرٍ في تصاعد تكاليف الرعاية الصحية في البلدان النامية والمتقدمة على حدٍ سواء. ولقد كان للتطورات الحديثة في الهندسة الوراثية، وزرع الأعضاء، والاستنساخ، أثر فعلي على الأخلاقيات البيولوجية، ما أثار مخاوف خطيرة في هذا الصدد. وقد أدَّى التقدُّم في التكنولوجيا الصحية والطبية إلى توسيع الفجوة القائمة بين البلدان المتقدمة والبلدان النامية، بسبب افتقار البلدان النامية إلى الخبرة المناسبة وعدم تيسُّر توصُّلها إلى قاعدات المعطيات العلمية.

كانت التوجُّهات المعمول بها في مجال تصميم الأدوية تقوم دائماً على أساس

المعارف المتوافرة في ميدان الباثولوجيا الكيميائية البيولوجية للأمراض. وها هي معارفنا حول المرض يتسع نطاقها سريعاً بفضل قدرتنا على دراسة المتواليات المجينية Geonomic Sequences وتحديد مواقع الواسمات Markers المتميِّزة المرتبطة بوراثة المرض والاستعداد للإصابة به. ومن المؤكد أن هذه المعارف الجديدة سوف تدفعنا سريعاً، كما تدفع سائر ممارسي الرعاية الصحية، في اتجاهاتٍ جديدة، بعد أن أعلن عن اكتشاف وتحديد الجينوم البشري والمكوِّنات الجينية للإنسان Human Genome 2002 Project.

وسوف تدفع هذه المعرفة الطب صوب اتجاهٍ جديد تماماً، والواقع أن تباشير هذا الاتجاه هي على مرمى البصر. وسوف تتحرَّك الممارسة الطبية المعيارية بالتدريج ولكن بثبات واطراد صوب مزيدٍ من التركيز على الوقاية من المرض واتقائه.

ويمكن إيجاز أهم التحديات التي تواجه تطوير التكنولوجيا، وتقييمها ونقلها في البلدان النامية، على النحو التالي:

- ضعف إمكانية التوصُّل إلى قاعدات المعطيات أو غيرها من مصادر المعلومات، إذ لا تتوافر لمعظم المكتبات سوى موارد محدودة للاشتراك في المجلات.
- الافتقار إلى الأموال اللازمة لتمويل عمليات تقييم التكنولوجيا.
- قصور نظم الرعاية الصحية الوطنية وضعف استعداداتها لاستيعاب التكنولوجيا الجديدة للرعاية الصحة.
- نقص الخبرة التقنية الوطنية.
- هجرة الخبراء الأكفاء من البلدان النامية.

تدهور البيئة وتغيُّر المناخ

يؤثر تدهور البيئة تأثيراً سلبياً على التنمية الاجتماعية بطرقٍ كثيرة، فهو يزيد الضغوط على الموارد الطبيعية الشحيحة في الإقليم، ويحرم سكان الريف من قاعدة مواردهم، مؤدياً إلى الفقر والهجرة. ويؤدي تلوث البيئة إلى تلوث الماء والهواء والغذاء، وتدهور المستوطنات البشرية، الأمر الذي يسبِّب العديد من العواقب الصحية والاجتماعية الضائرة. والجدير بالذكر في هذا في الصدد، أن المنتدى العالمي المعني بالمياه لعام 1996 قد تنبأ بوقوع أزمةٍ في المياه في المستقبل القريب. وهنالك مخاطر عالمية أخرى، كالتغيرات المناخية، وتلوث الهواء، ونضوب الأوزون، والتلوث بالمبيدات الحشرية، ومبيدات الهوام، والتلوث البحري، ما يزيد من خطر انتشار المرض في البلدان الفقيرة. ثم أن التصنيع العشوائي، والتخلص من المواد الخطرة يهدد الصحة والبيئة. وتؤدي الظروف المهنية الخطيرة إلى حدوث الإعاقات والأمراض

المهنية. وتؤدي المياه الملوثة وغير الكافية إلى العديد من الأمراض المعدية، كما أن سوء الإصحاح خطير الأثر على صحة سكان البلدان الفقيرة.

خاتمة

استجابة للتغيرات والتحديات العالمية المذكورة آنفاً، شرعت الهيئات الرئيسية لمنظمة الصحة العالمية وهي جمعية الصحة العالمية واللجان الإقليمية، في عمليةٍ تستهدف تجديد سياسة واستراتيجيات توفير الصحة للجميع، باستخدام أسلوبٍ شمولي للتنمية الصحية تنطوي على مبدأي العدالة والتضامن الاجتماعي النبيلين، وتؤكد على مسؤولية الفرد والعائلة والمجتمع عن الصحة، وتضع الصحة داخل إطار التنمية الشاملة.

القيم التي تنطوي عليها سياسة توفير الصحة للجميع للقرن الحادي والعشرين

معلومات عامة

1 ـ من الضروري أن ترتكز صياغة السياسات الصحية الوطنية على قيم واضحة متأصلة ترمي إلى أهداف محددة بوضوح تتناول النواحي الصحية ذات الأولوية. ويمكن لتراث إقليم شرق المتوسط من القيم والتقاليد أن يوفر أساساً متيناً لصياغة سياسات توفير الصحة للجميع. وفي ما يلي القيم الرئيسية التي تسهم في نجاح بلوغ مرامي توفير الصحة للجميع في القرن الحادي والعشرين:

(أ) الاعتراف بأن التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة هو حق أساسي من حقوق الإنسان؛ علماً بأن هذه القيمة مدرجة كمادة في دساتير العديد من بلدان الإقليم؛

(ب) العدالة: تنفيذ سياسات واستراتيجيات تنحو نحو العدالة وتركز على التضامن؛ علماً بأن العدالة، في أوسع معانيها، تشمل العدالة الاجتماعية، وتكافؤ الفرص، والدعم المتبادل، ورعاية الآخرين؛

(ج) الأخلاقيات: مواصلة وتعزيز تطبيق الأخلاقيات على السياسة الصحية، والبحوث الصحية، وتوفير الخدمات الصحية، والالتزام بالعقائد الدينية والقيم المعنوية التي تصون كرامة الإنسان ونزاهته؛

(د) قيام الرعاية الصحية على أساس المقومات الأساسية التالية: التضامن، والتعاون، والاكتفاء الذاتي، والإتقان، لزيادة الجهود الوطنية والعالمية لحفظ الصحة والوقاية من المرض؛

(هـ) مراعاة خصوصيات الجنسين: إدخال منظور الجَنْدر (البعد الاجتماعي للجنس) في السياسات والاستراتيجيات الصحية في ما يتعلق بمتطلبات النمو الفيزيولوجي

الطبيعي للإناث من طفولتهن إلى شيخوختهن، وفي ما يتعلق بعلاقاتهن الاجتماعية والسلوكية؛

(و) الرعاية الصحية الجيدة: ضمان استمرار الرعاية الصحية طوال العمر، بغض النظر عن نوع الحكومة، يكفل الكفاءة لخدمات الرعاية الصحية.

وينبغي أن تشكل هذه القيم المبادىء الأساسية لصياغة الأهداف والتوجهات الصحية.

الصحة كمطلب إنساني

2 ـ تعتبر معظم الوثائق الدستورية الصحة على أنها حق من حقوق الإنسان. ولا بد من وضع هذا الالتزام موضع التنفيذ، وذلك باعتبار البشر مركز الحياة وهدف التنمية الاجتماعية ـ الاقتصادية. ويعتمد الالتزام بهذا الحق على القيمة التي يوليها للصحة الأفراد والدول، والمجتمع الدولي. ولا بد لهذا الالتزام أن يكون عاملاً حاسماً في الطريقة التي تخصص به الدول الموارد للأولويات التنموية. غير أن القوة الالزامية لم يتم بعد تجسيدها في السياسة الوطنية أو العالمية. فالحق في الصحة لم يترجم ترجمة كافية إلى مطالبات خاصة بأنصبة من الموارد المتاحة، كما أن الوضع الصحي لم يصبح بعد محكاً للتنمية الاجتماعية والاقتصادية. ومع أن العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية يعترف «بحق كل فرد في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة البدنية والنفسية»، فإن تطبيق هذا الحق ظل عموماً غرضاً محلقاً في عالم المثاليات. لذلك، فمن الأهمية بمكان إعطاء الحق في الصحة بُعْداً عملياً. وهنالك تعريف آخر للحق في الصحة، تتجلى فيه الناحية العملية بصورة أفضل، وهو: الحق في الشروط التي تمكن الفرد من بلوغ أقصى ما يمكن من رصيد صحي يضمن له حياة صحية.

العدالة

3 ـ العدالة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية هي أحد المرامي الرئيسية للسياسة الصحية. وينبغي لكل نظام صحي وطني أن يضمن حصول الجميع على رعاية جيدة كافية، وأن يجتنب التمييز الجائر والباطل بين الأفراد، والفئات، والمجتمعات. ويجب أن يكون السعي إلى العدالة في الحصول على الرعاية الصحية أحد الأغراض الأساسية لعملية إصلاح القطاع الصحي. ومن شأن الجهود المبذولة لتحسين أداء النظام الصحي وزيادة كفاءته وفعاليته أن تصور كذلك مبدأ العالة.

التضامن

4 ـ يضمن الاكتفاء الذاتي توفير الموارد البشرية والمادية. ويمكن لجميع الأفراد في المجتمع أن يسهموا في العمل المطلوب، والذي يتم إنجازه، عندئذ، بأقل نفقات ممكنة. ويضمن التعاون إزالة الحواجز التي تفصل بين مختلف قطاعات المجتمع، وهو يحرر الخبراء والاختصاصيين من العقبات التي تحول بينهم وبين المشاركة في جهد شامل يبذل لمنفعة المجتمع بأسره، فيجتمع العامل في المصنع، والعامل في المزرعة، والمهندس، ورجل الأعمال، والطبيب، وغيرهم، ذكوراً وإناثاً، في فريق واحد، يعملون معاً للصالح العام. والاتقان يصل بمشاركة المجتمع إلى حد الكمال، إذ يسعى كل الأفراد إلى إتقان عملهم قدر استطاعتهم، مدركين أن الله شهيد على ما يعملون.

5 ـ ينسجم المجتمع عندما يحس كل فرد من أفراده بالتضامن والتكافل الذي يوحدهم. وليس المقصود بذلك أن يذوب الأفراد في بوتقة المجتمع، وإنما المراد التأكيد على روح التضامن والتكافل التي يُعبَّر عنها بصيغة التفاعل، فهو تواد وتراحم أو تعاطف: يودُّ كلٌّ كلاً، ويعطف كلٌّ على كلٍّ، ويرحم كلٌّ كلاً. وهنالك تدبير وقائي هام آخر يكفل التضامن من داخل المجتمع، ألا وهو الشورى. ولا بد من ممارسة الشورى على كل المستويات، بدءاً من أصغر وحدة اجتماعية، وفي جميع الأمور، كبيرة كانت أم صغيرة، ولا سيما الأمور التي تؤثر في المجتمع بأسره. ويشمل التضامن في مجال الصحة، الطرق التي يشارك بها المجتمع في صيانة الصحة العمومية ونظام الرعاية الصحية، والتي يصبح بها مسؤولاً عن هذه الصيانة. والحق أن مرمى توفير الصحة للجميع، في الإطار الحالي، تعززه روح التضامن الداعية إلى مشاركة المجتمع والتعاون بين القطاعات، وإشراك جميع العاملين من مختلف القطاعات المعنية بالصحة.

الأخلاقيات

6 ـ الأخلاقيات هي المبادىء الأساسية التي تستلهمها القوانين، والعادات الاجتماعية، والقواعد المدونة للجماعات المهنية. وبوصف الأخلاقيات نظاماً بناء، فإنها تسعى إلى تحديد أي الأعمال، والسلوكيات، والعلاقات، والسياسات ينبغي اعتباره صواباً أو خطأ. وإقليم شرق المتوسط هو مهد الأديان الثلاثة الكبرى، اليهودية والمسيحية والإسلام، والتي تشترك إلى حد بعيد في قيم متماثلة تشكل المصدر الرئيسي للأخلاقيات الصحية في معظم بقاع العالم. وفي ما يلي بعض المبادىء التي يمكن التوصل إلى إجماع عام وعالمي عليها، وإن وجدت بعض الاختلافات في تفاصيلها في بعض الثقافات:

- احترام الحياة البشرية والاعتراف بتكريم ابن آدم وقيمته وحقه في احترام خصوصياته.
- احترام الإنسان، الذي ينظر في ضوئه إلى جميع الناس باعتبارهم ذوي إرادة حرة مستقلّة، والذي يتطلب احترام اختياراتهم (سواء كانت بالموافقة أو الرفض).
- الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، وهما مبدآن أخلاقيان متكاملان يفرضان واجبات إيجابية على البحوث، ويعظمان أي منافع للأفراد ويقللان من المخاطر.
- العدالة، وتتطلب التسوية في معاملة بني البشر.

7 - ولا بد من إطار أخلاقي قوي ينطوي على احترام الاختيار الفردي، والاستقلال الشخصي، وتلافي الضرر، ويسري على الجوانب الفردية والاجتماعية للرعاية الصحية والبحوث الصحية، وقد أتاح التقدم في ميادين العلم والتكنولوجيا، والهندسة الوراثية، والاتصالات، والطب، فرصاً لا حد لها للتأثير في الصحة. وإذا أريد أن يتاح لكل فرد تقاسم حيز التقدم وبشائره، فلا بد للمبادىء الأخلاقية أن تنظم وتوجه تطور العلم والتكنولوجيا والانتفاع بهما. فها هو التقدم العلمي والتكنولوجي يمتحن حدود المعايير الأخلاقية ويتحدى إنسانية الإنسان. لذلك، كان لا بد من وجود مبادىء أخلاقية راسخة تقوم على أساسها القرارات المتعلقة بالأمور المؤثرة في الصحة.

الجندر (البعد الاجتماعي للجنس)

8 - يعد الجندر ضرورة حيوية لوضع وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات الصحية العادلة والفعالة. فهذا المنظور يؤدي إلى فهم أفضل للعوامل التي تؤثر في صحة المرأة والرجل، ولا يقتصر اهتمامه على الاختلافات البيولوجية بين المرأة والرجل، أو الدور الإنجابي للمرأة، فحسب، بل يقر كذلك بما ما للعلاقات والأدوار والمسؤوليات المقررة اجتماعياً وثقافياً وسلوكياً على الرجل والمرأة، من آثار على صحة الفرد والأسرة والمجتمع. ولا بد من إدماج هذا المنظور، الذي هو جزء من تقدم مسيرة العدالة، في السياسات والبرامج الصحية. ومن الجوانب النوعية في هذا الصدد:

- إجراء تحليل وفق الجندر وتشجيع الوعي بالبعد الاجتماعي للجنس.
- تلبية الاحتياجات الخاصة للفتيات والفتيان، والنساء والرجال، طوال عمرهم.
- دعم الحقوق الإنسانية التي للفتاة والمرأة، وصون كرامتهما، ودعم اعتدادهما بنفسيهما، ودعم قدراتهما.

- تهيئة الفرص لمشاركة المرأة للرجل مشاركة كاملة في اتخاذ القرار على كل المستويات.

- منع الممارسات الضارة، مثل تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى.

9 - تتساوى مسؤولية الرجل والمرأة عن بناء وصيانة الحياة البشرية على الأرض. وللرجل والمرأة نفس الحقوق في اختيار أي مهنة، وللأطفال من كلا الجنسين نفس الحق في التعليم. ويتمتع الرجل والمرأة بنفس الحقوق في صون سمعتهما ووضعهما الاجتماعي من أي قذف أو سخرية أو اغتياب. والرجل والمرأة شريكان متساويان في المسؤوليات بينهما. وللمرأة الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية، والنفسية، والاجتماعية، منذ الطفولة الباكرة. ويوصف الزوج والزوجة، في الإسلام بأن كلا منهما «لباس» للآخر، بكل ما تعنيه كلمة «اللباس» من دفء، وستر، وقرب، ورعاية متبادلة، ونفع مشترك.

10 - وليست هذه النفسية المعطاءة مقصورة على الزوجة وزوجها، بل هي تشمل كل أفراد العائلة النووية والعائلة الممتدة، والمجتمع بأسره، موفرة العلاج الملائم لمختلف المشكلات الاجتماعية. وهي تحمي المجتمع من العديد من الصدوع الاجتماعية التي لا تخطئها العين حالياً في بنية المجتمعات المتقدمة. ومن هذه الصدوع الوحدة والعزلة، وإهمال رعاية المسنين، والفجوات الواسعة بين الأجيال، والارتفاع المتصاعد في معدلات الانتحار والعنف والجرائم، والتزايد المستمر في الجرائم التي يرتكبها الأطفال والمراهقون. وهي جميعاً ناجمة عن ضعف شبكة العلاقات الاجتماعية واضمحلال الرعاية المتبادلة بين أفراد المجتمع. ويختلف دور الأسرة الممتدة في مختلف حالات الاتكالية (الاعتماد على الغير)، كالمرض، والشيخوخة، والتماسك الاجتماعي؛ ولا بد من تشجيع نقل المبادىء الأخلاقية والقيم القائمة على أسس متينة في بلدان الإقليم، والحفاظ على هذه المبادىء والقيم من دون اعتراض ما يحدث من تقدم وتطور عادي.

11 - يُقْصَد بالأسرة زوجاً وزوجة، يجمع بينهما رباط شرعي، وتظللهما السكينة والمودة والرحمة، ويحتضنان من أصولهما وفروعهما الأقربين رجالاً كثيراً ونساء، صغاراً وكباراً، ويضمهما بيت تكون فيه النساء شقائق الرجال.

ضمان الاستمرار

12 - يتطلب ضمان استمرار الرعاية الصحية طوال العمر إقامة نظم صحية قائمة على أسس علمية ومشتملة على جميع القيم المذكورة آنفاً. كما يتطلب التدريب وتوافر القيادات القادرة في القطاع الصحي التي لا تتأثر بالتقلبات السياسية والأهواء والرغبات

الحزبية، فالنظم الصحية المضمونة الاستمرار تكفل الفعالية والكفاءة لخدمات الرعاية الصحية وتوفّرها بشكل جيد.

الرعاية الصحية الجيدة

13 ـ تتعاظم التطلعات إلى الرعاية الصحية الجيدة في الإقليم، وينبغي بذل الجهود لوضع قواعد مرجعية ومعايير مناسبة لضمان الجودة وتقوية أنشطة رصد الخدمات الصحية وتنظيمها. ولا يخفى أن دور الحكومة، من خلال وزارة الصحة، ذو أهمية بالغة في هذا الصدد.

مسرد إنكليزي - عربي
لأهم المصطلحات

A

acceptability مقبولية
access إتاحة؛ وصول
accident حادثة
accuracy مضبوطية
addiction إدمان
administration إدارة
age عمر
allocation of funds تخصيص الموارد المالية
alternative medicine الطب البديل
analytic epidemiology الوبائيات التحليلية
anthropology الأنثروبولوجيا
approach أسلوب
archive أرشيف
asbestosis داء الأسبست
assessment تقييم؛ تقدير
attitude موقف
attributable risk اختطار منسوب
attribute خاصية

B

bed occupancy rate معدل شَغْل الأسِرّة
behaviour سلوك
behavioural sciences العلوم السلوكية
biological transmission انتقال بيولوجي
biostatistics الإحصاء الحيوي
birth rate معدل المواليد
blood safety سلامة الدم
budgeting إعداد الميزانية

C

calculus قَلَح
carrier حامل
case control study دراسة الحالات والشواهد
case fatality rate معدل إماتة الحالة
case finding كشف الحالات
causative factor عامل مسبِّب
cause سبب
cause of death سبب الوفاة
census تعداد (السكان)
channel قناة
chemical asphyxiant خانق كيميائي
chemoprophylaxis وقاية كيميائية
chronic مزمن
climate مناخ
clinical سريري؛ إكلينيكي
cohort study دراسة أتراب
cold chain سلسلة التبريد
commodities السلع الطبية
communicable سارٍ
communication اتصال
community مجتمع
community based مجتمعي المرتكز
community diagnosis تشخيص المجتمع
community level مستوى المجتمع
community medicine طب المجتمع
community participation مشاركة المجتمع
component مكوِّن
conduction توصيل
confidence intervals فواصل الثقة
confidence limits حدّا الثقة
confirmed case حالة مثبتة
congenital خلقي
contact مخالط
containment احتواء

contamination تلوث
continuing education التعليم المستمر
contraceptives مانعات الحمل
control شاهد
control مكافحة
convection حملان
convenience sample عينة تلاؤمية
coordination تنسيق
cost تكلفة
cost containment احتواء التكلفة
counseling إرشاد
criterion مِعيَر
cross-sectional مقطعي عرضاني
crowding ازدحام
crude rate معدَّل خام
crude birth rate معدل المواليد الخام
crude death rate معدل الوفيات الخام
cumulative تراكمي
cut-off point فيصل

D

data بيانات
data analysis تحليل المعطيات
death rate معدل الوفيات
decayed, missing or filled (DMF) index منسب الأسنان المنخورة والضائعة والمحشوّة
defensive medicine الطب الدفاعي
degrees of freedom درجات الحرية
delivery (of services) إيتاء (الخدمات)
demography الديموغرافيا
dental hygiene حفظ صحة الأسنان
descriptive epidemiology الوبائيات الوصفية
determinant محدِّد
development تنمية
diet قوت؛ نظام غذائي
direct payment الدفع المباشر
disability عجز
disaster كارثة
disease مرض
disinfection تطهير
disinfestation إزالة المشرات
dispersion تبعثُر
distribution توزُّع؛ توزيع
distribution of risk توزيع الاختطار
double-blind trial تجربة مزدوجة التعمية
dust غبار

E

effectiveness فعالية
efficacy نجاعة
efficiency كفاءة
elder care رعاية المسنين
elimination إزالة
emergency طارئة
emergency physician طبيب الطوارئ
enabling factor عامل مُمَكِّن
endemic متوطِّن
engineering control مكافحة هندسية
environment بيئة
environmental health صحة البيئة
environmental hygiene حفظ صحة البيئة
environmental sanitation إصحاح بيئي
epidemic وباء
epidemiologic study دراسة وبائية
epidemiologist اختصاصي الوبائيات
epidemiology وبائيات
eradication استئصال
essential drugs الأدوية الأساسية
etiology سببيات
evaluation تقييم
expanded family عائلة (أسرة) ممتدّة
experimental epidemiology الوبائيات التجريبية
external cue theory نظرية المؤثر الخارجي

F

face-to-face وجهاً لوجه
facilities مرافق
family level مستوى العائلة
family medicine طب العائلة
family planning تنظيم الأسرة
family support الدعم العائلي
fatality إماتة
fee for service الأجر مقابل الخدمة
feedback ارتجاع
fertility rate معدل الخصوبة
first aid الإسعاف الأولي
food poisoning تسمم غذائي
food-borne منقول بالغذاء
frequency تكرار
frequency curve المنحنى التكراري
frequency polygon المضلَّع التكراري
fume دخان

G

group practice ممارسة في مجموعة

H

handicap إعاقة
hazards مخاطر
health صحة
health development تنمية صحية
health economics اقتصاديات الصحة
health education التثقيف الصحي
health information systems نظم المعلومات الصحية
health inspection رقابة صحية
health insurance التأمين الصحي؛ الضمان الصحي
health maintenance organizations مؤسسات حفظ الصحة
health management الإدارة الصحية
health needs احتياجات صحية
health planning التخطيط الصحي
health policy السياسة الصحية
health programme برنامج صحي
health project مشروع صحي
health promotion تعزيز الصحة
health protection حماية الصحة
health sector القطاع الصحي
health services الخدمات الصحية
health system النظام الصحي
health system research بحوث النظم الصحية
health team فريق صحي
heat cramps معص الحر
heat exhaustion إنهاك حراري
heat stroke ضربة الحرارة
herd immunity مناعة القطيع
high-risk pregnancy حمل عالي الاختطار
holistic شمولي
host ثوي
human resources موارد بشرية
hypothesis فرضية

I

iceberg phenomenon ظاهرة جبل الجليد
immunity مناعة
immunization تمنيع؛ تحصين
impairment اختلال
implementation تنفيذ
inapparent infection عدوى مستترة
incidence وقوع
incidence rate معدل الوقوع
incubation period دور الحضانة
index منسب
indicator مؤشِّر
individual practice ممارسة منفردة
infection عدوى
infectivity إعداء
infant mortality rate معدل وفيات الرضع
informal غير رسمي

informed consent موافقة مستنيرة
inputs مدخلات
intelligence quotient (iQ) حاصل الذكاء
international classification of diseases التصنيف الدولي للأمراض
international health الصحة الدولية
interpretation تأويل
intervention تدخُّل
intrauterine device لولب
investigation استقصاء
iron deficiency an(a)emia فقر الدم بعوز الحديد
irritant مهيِّج
isolation استفراد (العامل الممرض)؛ عزل (المريض)

K

knowledge معرفة

L

latent period دور الكمون
legislation التشريعات
level of significance مستوى الاعتداد
life expectancy مأمول الحياة
lifestyle أسلوب الحياة
longitudinal طولاني

M

malnutrition سوء التغذية
management إدارة؛ تدبير
management reform الإصلاح الإداري
management committee مجلس الإدارة
managerial process العملية الإدارية
manpower development تنمية القوى البشرية
mass screening تحرّي جموعي
maternal and child care رعاية الأمومة والطفولة
maternal mortality وفيات الأمهات
maternal mortality rate معدل وفيات الأمهات
mean متوسط
mechanical transmission انتقال ميكانيكي
median وسيط
medical anthropology الأنثروبولوجيا الطبية
medical audit التفتيش الطبي
medical staff الهيئة الطبية
mental health الصحة النفسية
mental retardation تخلُّف عقلي
message رسالة
microelement عنصر زهيد
modification تعديل
monitoring رصد
morbidity مراضة
mortality وفيات
motivation دافع؛ تحفيز
multivariate analysis تحليل عديد المتغيرات

N

national health policy السياسة الصحية الوطنية
national health strategy الاستراتيجية الصحية الوطنية
national health targets الأهداف الصحية الوطنية
natural history التاريخ الطبيعي
neonatal mortality rate معدل وفيات الرضع
non-governmental organization هيئة غير حكومية
notification إبلاغ
nuclear family عائلة (أسرة) نووية
nutrition تغذية

O

obesity سمنة؛ بدانة
objective غرض
occupation مهنة

occupational disease مرض مهني
occupational health الصحة المهنية
occupational hygiene حفظ الصحة المهنية
occupational injury إصابة مهنية
occupational medicine الطب المهني
on-the-job training تدريب أثناء العمل
oral hygiene صحة الفم
organization هيكلة
outbreak فاشية
outputs مخرجات

P

pandemic جائحة
paramedic طبابي
particle جُسَيْم
passive smoking تدخين قسري
pathogen مُمَرِض؛ مُسَبِّب للمرض
pathogenesis إمراض
pathogenicity إمراضيّة
patient day يومٌ لمريضٍ؛ يوم علاجي
percentile شريحة مئوية
perinatal mortality rate معدل الوفيات حول الولادة
periodical examination فحص دوري
photosensitizer محسِّس للضوء
pilot study دراسة ارتيادية
pneumoconiosis سحار
point-source epidemic وباء نقطي المصدر
political commitment الالتزام السياسي
pollution تلوث
pooling of resources تجميع الموارد
population جمهرة
population سكان
possible case حالة ممكنة
practice ممارسة
prediction تكهن
predisposing factor عامل مؤهِّب
prenatal قبل الولادة
prepayment program(me) برنامج الدفع المسبق
pre-placement examination فحص بدئي
prevalence انتشار
prevalence rate معدل الانتشار
preventability قابلية الاتِّقاء
prevention وقاية
prevention, prophylaxis اتقاء
preventive medicine الطب الوقائي
primary health care رعاية صحية أولية
priority أولوية
private medical sector القطاع الطبي الخاص
probable case حالة محتملة
programming برمجة
proportional mortality rate معدل الوفيات التناسبي
prospective study دراسة استباقية
psychosocial hazards مخاطر نفسية اجتماعية
public health الصحة العمومية
public health inspector مراقب صحي
qualitative كيفي

Q

quality جودة
quality assurance ضمان الجودة
quantitative كمي
quarantine الحجر الصحي
questionnaire استبيان
quota sampling اعتيان حصصي

R

race عِرق
radiation إشعاع
random sample عينة عشوائية
randomized controlled study دراسة مضبوطة بالشواهد ومعشّاة
ratio نسبة
record سجلّ

English	Arabic
reference population	جمهرة مرجعية
referral	إحالة
registry	سجل
rehabilitation	تأهيل
reliability	معوَّلية
repellent	منفِّر
report	تقرير
reporting	إبلاغ
representative sample	عينة ممثِّلة
reservoir	مستودع
resin	راتين
resources	موارد
retrospective study	دراسة استعادية
revenue	عائد
rickets	رخد
risk	اختطار
risk assessment	تقدير الاختطار
risk factor	عامل اختطار

S

English	Arabic
safety	سلامة
sample	عينة
sampling	اعتيان
sanitary surveillance	الترصد الصحي
sanitation	إصحاح
school health	الصحة المدرسية
screening	تحرِّي
scurvy	بثع
seasonal	فصلي
secondary health care	رعاية صحية ثانوية
secular	جيلي
self-reliance	اعتماد على الذات
sensitivity	حساسية
sensitizer	محسِّس
set-point theory	نظرية نقطة التثبيت
severity	وخامة
sex	جنس
sexual education	التثقيف الجنسي
sexual health	الصحة الجنسية
significance	اعتداد؛ أهمية
silicosis	سُحَار سيليسي
simple asphyxiant	خانق بسيط
smoke	دخان
social insurance	الضمان الاجتماعي
soil mediated diseases	أمراض تتواسطها التربة
source	مصدر
specific rate	معدَّل نوعي
specificity	نوعية
sporadic	فُرادي
standard	معيار
standard deviation	انحراف معياري
statistics	إحصاء
stay (length of)	مكث
stillbirth rate	معدل الإملاص
stratified random sample	عينة عشوائية طبقية
supervision	إشراف
surveillance	ترصُّد
survey	مسح
system analysis	تحليل النُّظُم
systematic random sample	عينة عشوائية نظامية

T

English	Arabic
talcosis	سحار طلقي
target	هدف
teaching	تعليم
technology	تكنولوجيا
tertiary health care	رعاية صحية ثالثية
test	اختبار
therapeutic	علاجي
thershold	عتبة
toxicology	علم السموم
transmission	انتقال
triage	فرز

trial تجربة
tuberculosis سل؛ تدرّن
typhoid تيفوئيد

U

utility منفعة

V

vaccintaion تطعيم؛ تلقيح
vaccine طعم؛ لقاح
validity صحة
value قيمة
variable متغيِّر
variance تفاوت
vector-borne disease مرض منقول بناقل
violence عنف
vital statistics إحصاءات الأحوال المدنية

W

workup التعمق في الدراسة

X

X-linked مرتبط بالصبغي X

Y

yield محصول

Z

zoonosis مرض حيواني المنشأ

الكتاب الطبي الجامعي

الإدارة الصحّيّة

كتاب "الإدارة الصحيَّة" هو ثمرة الجهود المكثَّفة التي يقوم بها إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية بالتعاون مع أكاديميا إنترناشيونال لتوفير الكتب الطبيّة للقراء والباحثين العرب.

وهو كتاب يُعنى بمفهوم الرعاية الصحيّة وتطوّره، ويُركّز على دراسة الوضع الصحي في دول إقليم شرق المتوسط، ومقوّمات النظم الصحية، من علوم الإدارة والتخطيط والمرافق البشرية والصحيَّة وقطاع الأدوية وبرامج الرعاية الصحية الأولية والمنظمات الفاعلة في مجال الرعاية الصحيَّة.

يعالج الكتاب أيضاً القضايا والمشاكل الرئيسية في دول الإقليم، ويشرح البرامج المقترحة لمعالجتها والوقاية منها وتوفير الخدمات الصحية الملائمة.

